CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

PAR

A. DE GRAEFE

Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Berlin
Membre honoraire des Facultés de médecine de Vienne et de Saint-Pétersbourg
Président de la Société de médecine de Berlin

ÉDITION FRANÇAISE

PUBLIÉE AVEC LE CONCOURS DE L'AUTEUR

PAR

ÉDOUARD MEYER

Docteur en médecine des Facultés de Berlin et de Paris
Professeur d'Ophthalmologie à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

Avec figures intercalées dans le texte.

DU TRAITEMENT DE LA CATARACTE

PAR L'EXTRACTION LINÉAIRE MODIFIÉE

Avec une introduction et un appendice de l'auteur
POUR L'ÉDITION FRANÇAISE.

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

Londres,	Madrid,	New-York,
Hippolyte Baillière.	C. Bailly-Baillière.	Baillière Brothers.

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, QUERSTRASSE, 10.

1866


UNIVERSIT
9

CLINIQUE

OPHTHALMOLOGIQUE

Paris.— Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

CLINIQUE
OPHTHALMOLOGIQUE

PAR

A. DE GRAEFE

Professeur à la Faculté de médecine de l'université de Berlin
Membre honoraire des Facultés de médecine de Vienne et de Saint-Pétersbourg
Président de la Société de médecine de Berlin

ÉDITION FRANÇAISE

PUBLIÉE AVEC LE CONCOURS DE L'AUTEUR

PAR

ÉDOUARD MEYER

Docteur en médecine des Facultés de Berlin et de Paris
Professeur d'Ophthalmologie à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

Avec figures intercalées dans le texte.

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

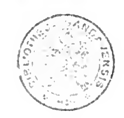
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

Londres,	Madrid,	New-York,
Hippolyte Baillière.	C. Bailly-Baillière.	Baillière Brothers.

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, QUERSTRASSE, 10.

1866



PRÉFACE

Les études ophthalmologiques ont pris dans ces derniers temps en France un développement considérable. L'attrait qu'offrent ces études s'explique principalement par l'exactitude souvent mathématique avec laquelle nous y voyons, d'une part établi le diagnostic, d'autre part appliqués les moyens curatifs. Je n'ai qu'à rappeler à cette occasion les affections de la réfraction et de l'accommodation, pour justifier, s'il était besoin, ce que je viens de dire. Grâce aux moyens d'exploration qui nous permettent d'examiner l'organe visuel jusque dans ses parties les plus profondes; grâce aux perfectionnements que les études modernes ont apportés à l'examen des fonctions, il a été possible de restreindre de plus en plus le nombre de ces affections oculaires qui jusqu'ici recouvertes d'un voile impénétrable, semblaient porter un défi à la sagacité des praticiens.

Il a fallu, pour arriver à ce but, que quelques hommes, embrassant d'ailleurs de leur vaste intelligence l'ensemble des sciences médicales, eussent concentré avec une abnégation admirable leurs études sur cette partie des sciences médicales. Ce terrain, qui semblait

d'abord si restreint, est devenu petit à petit un vaste champ, aussi fertile pour la connaissance des maladies oculaires que pour la pathologie générale, qui y a trouvé de précieuses ressources.

Dans les derniers temps, les études ophthalmologiques ont été surtout cultivées à l'étranger, et c'est à l'introduction en France des notions nées à l'étranger que ces études doivent chez nous leur force et leur progrès. C'est ce que peuvent déclarer de bonne foi tous ceux qui ont su s'approprier les études modernes qui constituent l'ophthalmologie scientifique.

Parmi ces travaux, nous trouvons en première ligne ceux de M. de Graefe, le chef de l'École de Berlin. Ses études se sont tournées alternativement sur chaque partie de l'organe dont les différentes fonctions concourent à la vision. Chacune de ses études est devenue le point de départ d'autant de travaux classiques destinés souvent à répandre un jour nouveau sur des états pathologiques tantôt peu connus avant lui dans leurs causes et dans leur essence, tantôt réputés jusqu'alors incurables. Si nous avions à tâche de rappeler ici tous les travaux de M. de Graefe, nous aurions à énumérer toutes les parties de l'œil et leurs maladies. Il suffira de citer ici : 1° les ophthalmies externes, où il a tracé de main de maître la pathologie et la thérapeutique d'une maladie terrible, la diphthérite des paupières ; 2° les anomalies du système musculaire, où nous lui devons la connaissance exacte des paralysies, l'étude du strabisme, qui restera à jamais comme un travail classique sur le

sujet ; 3° les maladies profondes de l'œil, où je n'ai qu'à rappeler ses études sur le glaucome, qui à elles seules pourraient suffire à éterniser son nom. Si de là nous tournons nos regards vers le domaine si longtemps inconnu et obscur des amauroses et des asthénopies, nous reconnaissons encore sa main qui, profitant de toutes les notions de la physiologie, de la médecine et de la chirurgie, a su les appliquer avec tant de profit à l'étude des maladies que l'on réunit sous ces noms. Les publications modernes en matière d'ophthalmologie doivent en grande partie leur éclat à la reproduction des études que nous venons d'énumérer, et en les parcourant on se rappelle involontairement les paroles du poëte allemand :

Wenn die Koenige bauen, haben die Kaerrner zu thun.

Tant que le public médical français ne sera pas familiarisé complétement avec la langue dans laquelle ces travaux ont été publiés, il lui sera impossible de les apprécier comme ils le méritent. Il sera également difficile de rendre justice à leurs auteurs, souvent passés sous silence involontairement, nous voulons bien le croire, dans des écrits dont la plus grande valeur réside dans la reproduction plus ou moins exacte d'études étrangères.

La plupart des travaux de M. de Graefe ne sont connus en France que par leurs résultats pratiques. Les analyses données dans les journaux, la reproduction des

opinions du professeur de Berlin dans tous les traités d'ophthalmologie, ne rendent souvent qu'imparfaitement la marche de ses études dont nous admirons tous la profondeur, la science et les brillants résultats.

Il nous paraît presque inutile d'en dire davantage pour expliquer la publication française des travaux les plus importants de M. de Graefe.

L'utilité de cette publication nous paraissait tellement évidente, que nous n'avons pas hésité à accepter la grande responsabilité de rendre dans une autre langue des écrits aussi distingués par leurs idées que parfaits dans leur forme. Une publication de ce genre répond d'ailleurs entièrement à notre désir de contribuer pour notre part à la divulgation des connaissances qui ont fait de l'ophthalmologie moderne une science digne de ce nom, et si nous réussissons dans cette tâche, nous serons amplement récompensé de notre peine.

Nous nous proposons donc de faire de la *Clinique ophthalmologique* un recueil des mémoires de M. de Graefe sur le strabisme, le glaucome, la diphthérite, l'amaurose, les entozoaires du globe oculaire, etc.

Il nous tient à cœur de remercier ici M. de Graefe de la faveur qu'il nous fait en voulant bien concourir à cette publication, en apportant lui-même, aux articles qui ont paru déjà il y a quelques années, les modifications devenues nécessaires par le progrès continuel de ces études.

Nous donnons comme première partie le *traitement de la cataracte par l'extraction linéaire modifiée*, travail qui a paru, vers la fin de 1865, dans l'*Archiv für*

Ophthalmologie, et auquel M. de Graefe a ajouté pour l'édition française une introduction et un appendice contenant le résultat de ses observations cliniques depuis l'apparition de la publication allemande.

Nous espérons que la *Clinique ophthalmologique* trouvera un accueil sympathique parmi nos confrères, et contribuera pour sa faible part au triomphe définitif de la grande cause du libre échange scientifique.

ÉDOUARD MEYER.

Paris, avril 1866.

CLINIQUE
OPHTHALMOLOGIQUE

DU TRAITEMENT DE LA CATARACTE

PAR L'EXTRACTION LINÉAIRE MODIFIÉE

INTRODUCTION

Depuis que Daviel a érigé en méthode vivante l'extraction, opération avant lui mal esquissée et à laquelle on ne connaissait que des applications isolées, le problème de l'opération des cataractes est entré dans une phase de développement plus élevée. Mais la nouvelle voie ne devait être frayée qu'à travers de graves difficultés : la délicatesse de l'organe, en regard de l'étendue indispensable de la plaie ; les dimensions restreintes du terrain convenable au passage de la cataracte, en regard du volume de la cataracte elle-même, ont apporté des obstacles contre lesquels l'étude a dû employer toutes les armes d'une analyse approfondie et d'une observation minutieuse. Enfin, les vrais connaisseurs finirent par avoir la conviction que l'extraction, profitant des innovations successivement introduites, fournissait, pour la généralité des cas de cataractes séniles, des résultats décidément supérieurs à ceux de l'abaissement. Ce ne fut qu'une

minorité d'esprits inertes et de chirurgiens timides qui persévéra à s'opposer à ce principe, en se fondant, soit sur des raisonnements à priori, soit sur des résultats statistiques, déduits de chiffres illusoires. La première de ces raisons, nous la passons sous silence, puisque aujourd'hui, à juste titre, on ne concède qu'aux faits le droit de prouver ce qui tombe dans le domaine de l'expérience; quant à la seconde, nous nous permettons de rappeler ce qui suit :

On a coutume de noter les résultats des opérations quelques semaines ou au plus tard quelques mois après leur exécution. Or, s'il est vrai que pour tous les procédés, les effets numériques ainsi posés diffèrent des effets définitifs, il est aussi vrai que cette différence varie beaucoup suivant les divers procédés.

Après l'extraction à lambeau, la guérison une fois accomplie, nous observons en général rarement des accidents graves. Il est très-exceptionnel de constater des ramollissements de la substance cicatricielle, si du moins une réunion immédiate des bords de la plaie s'est accomplie et maintenue pendant les premières semaines. Même quand la guérison s'opère moins favorablement par suite d'un enclavement ou d'une procidence de l'iris, nous sommes assez certains d'éviter de tels accidents, dès que la substance de nouvelle formation intercalée entre les bords de la plaie est entrée dans la phase de rétraction cicatricielle. Quant aux inflammations sécrétoires des membranes internes, que nous embrassons sous le nom d'affections glaucomateuses, en tant qu'elles exagèrent la pression intra-oculaire et retentissent sur le nerf optique, nous constatons que les yeux opérés d'extraction y sont

peu enclins, à moins que, par exemple, un fort tiraillement de l'iris, après procidence, ne devienne la source d'irritation et d'hypersécrétion de liquides. L'iritis et la prolifération plus abondante des cellules capsulaires (iridophakite), qui est en effet un des accidents les plus redoutés immédiatement après l'opération, ne s'observent de même que fort rarement après que les premières trois ou quatre semaines sont une fois heureusement passées.

Il ne reste qu'une seule conséquence d'importance majeure, que l'on observe dans une proportion plus étendue d'opérés, et qui produit une diminution de l'acuité de vision gagnée par l'opération : c'est la clôture ultérieure des brèches capsulaires. Cet accident, qui en général porte le nom de formation de cataracte secondaire, et qui se développe d'une manière très-insensible, n'est pas dû, comme on l'a cru d'abord, à un nouveau contact des bords de la plaie capsulaire, mais à la formation d'une substance hyaline entre ces bords. Il faut d'ailleurs bien distinguer ce développement insensible des cataractes secondaires, de celui qui suit immédiatement les processus inflammatoires des membranes internes. Dans ce dernier cas, il se produit des couches d'un tissu cellulaire bien organisé, tapissant la capsule ; couches dont la dilacération ou l'extraction ultérieure présente des obstacles ou même des dangers. Dans le cas précité au contraire, les pellicules qui ferment les trous capsulaires sont des plus transparentes et des plus ténues, de manière que l'acuité de la vision n'en souffre que modérément et que la discision en est toujours des plus faciles.

En résumé, nous pouvons établir en principe que les

résultats de l'extraction, notés en chiffres deux mois après l'opération, ne diffèrent pas d'une manière très-sensible des résultats définitifs, notés après une année ou plus tard. Le déclin de l'acuité de la vision, produit dans une première série de cas par la formation insensible de cataractes secondaires, peut être facilement neutralisé, et se trouve même à moitié contre-balancé par des améliorations lentes, observées dans une autre série, dans laquelle la surface intérieure de la capsule, encore primitivement ternie de débris corticaux et de proliférations cellulaires, s'en délivre progressivement.

Pour l'abaissement, nous arrivons à une tout autre conclusion. Il est incontestable que des chiffres de guérison notés deux mois après l'opération doivent subir des corrections très-prononcées. Je veux donner par ma propre expérience une preuve de l'étendue de ces corrections. Parmi les cataractés qui réclament mes soins, il y en a plus de 20 pour 100 qui avaient été opérés du premier œil avec insuccès, et pour la majeure partie par abaissement, méthode dont la pratique est encore assez en vigueur dans nos provinces et malheureusement même dans quelques institutions cliniques. En conséquence, j'étais à même d'interroger sur l'histoire de leur infortune plusieurs centaines d'individus qui avaient essuyé les revers de l'aiguille, et de rassembler des dates sur l'époque où la vision s'était éteinte. Des données bien enregistrées m'ont prouvé que plus de la moitié de ces malheureux avaient quitté leur chirurgien un ou deux mois après l'opération, avec une vue assez nette, et n'avaient éprouvé les accidents désastreux qu'après s'être livrés de nouveau à leurs occupations. Il y en avait même

une partie assez considérable (plus de 10 pour 100) dont la vue n'avait commencé à se perdre qu'après plus de six mois à dater de l'opération. Si je combine ces résultats avec les données statistiques, rassemblées peu de temps après l'opération, qui ont causé les erreurs susmentionnées, et si pour cette combinaison je profite de tous les matériaux fournis par les auteurs exacts et véridiques, j'arrive à la conviction que l'abaissement ne procure une vision durable qu'à environ 60 pour 100 des opérés. En comparant ce chiffre aux effets de l'extraction à lambeau (voyez ce mémoire même, page 20), qui, y compris les opérations consécutives, donnent environ 90 pour 100 de succès durables, on ne peut guère douter qu'en général l'extraction mérite la préférence.

Et qui s'étonnerait de ce résultat que nous donne l'expérience, en pensant à l'effet qu'exerce la lentille sortie de sa capsule sur les parties internes de l'œil! Si nous faisons abstraction de toutes les contrariétés causées par la réascension d'une telle lentille, nous pouvons constater surtout trois séries de phénomènes morbides qui tendent à compromettre le succès obtenu. Ce sont, en premier lieu, les inflammations plastiques et suppuratives des membranes internes; ce sont, en second lieu, des infiltrations du tissu même du corps vitré, dans lequel la cataracte a été enfoncée; ce sont enfin les inflammations sécrétoires avec un caractère glaucomateux.

Les symptômes de la première espèce sont assez connus des médecins. Ce sont eux surtout qui font échouer la guérison dans l'époque qui suit immédiatement l'opération, et si dans d'autres cas ils ne se développent que plus tard, la raison, selon mon avis, en doit être cherchée dans la

circonstance que la cataracte abaissée, dont le noyau résiste à la résorption pendant un temps indéterminé, éprouve des oscillations ou de petits changements de lieu. Ces déplacements, lorsqu'ils dépassent une certaine limite, font cesser l'accommodation apparente des parties internes au corps qui cause l'irritation.

Quant à la vitalité plus grande du tissu vitré, ce sont les recherches récentes qui l'ont mieux mise en lumière. Il est hors de doute que les éléments celluleux dont l'intérieur de cette remarquable substance est parsemé, peuvent devenir des foyers de prolifération tout à fait indépendamment des membranes internes. Or, les produits qui résultent de telles proliférations constituent en eux-mêmes des désordres optiques; ils peuvent en outre conduire par un travail de diffusion à une destruction plus générale de la substance vitrée, et étendre leur influence sur les membranes internes. De la même manière que nous observons des couches de prolifération ainsi formées se développer autour de cysticerques et de corps étrangers, nous en observons la formation à un degré très-variable, il est vrai, autour de la cataracte disloquée. Les poches incapsulantes que déjà d'anciens observateurs avaient signalées autour des cristallins abaissés, prouvent que de telles proliférations, quoique bien prononcées, peuvent rester circonscrites. D'un autre côté, les observations cliniques démontrent d'une manière incontestable que des processus venant de la même source prennent quelquefois un développement funeste, soit peu après l'opération, soit plus tard.

Enfin, nos études sur l'essence des affections glaucomateuses ont mis en lumière une série d'états destructifs

pour la vue, lesquels se manifestent à une période assez tardive après l'abaissement. Ces états, sans se traduire par des altérations anatomiques très-remarquables de quelques tissus, sont constitués par une hypersécrétion de liquides intra-oculaires, résultat de l'effet irritant de la cataracte. Un excès de pression intra-oculaire en est la conséquence, et une excavation du nerf optique, avec atrophie, compromet lentement la vision recouvrée.

Une multitude de circonstances accessoires rendent doublement funestes ces revers de l'abaissement. Avant tout, il faut avouer que nous sommes tout à fait dépourvus de moyens pour en calculer ou en soupçonner d'avance l'apparition dans les cas individuels. Tandis qu'un abaissement fait dans les plus mauvaises conditions générales et locales aboutit souvent à un succès très-satisfaisant et durable, nous ne pouvons pas prétendre que la chance de rester libre des conséquences funestes énumérées plus haut s'accroisse d'une façon rassurante pour des conditions modèles. Est-ce que l'œil à opérer jouira à la longue de l'indifférence souhaitable vis-à-vis du corps irritant que nous lui imposons, ou réagira-t-il de manière à entraver notre but ? Voilà une question à laquelle nous pouvons aussi peu répondre qu'en général nous pouvons peu prévoir la réaction des parties organiques contre quelque corps étranger. Et s'il est vrai que pour y répondre nous soyons tout aussi embarrassés que pour prophétiser le bon et le mauvais temps, il n'est, en fin de compte, ni encourageant pour notre esprit de travailler sur des données aussi inconnues, ni satisfaisant pour notre art de soumettre à un pareil jeu de hasard chaque malade qui nous confie son bonheur.

Et comme il est impossible de pronostiquer même approximativement ces dangers, il n'est pas moins incertain de les combattre après leur apparition. Les inflammations violentes des membranes internes, lesquelles parfois sont une conséquence immédiate de la présence de la cataracte disloquée, cèdent en partie à une antiphlogose énergique; mais abstraction faite des dangers que ce procédé amène chez des individus avancés en âge et n'abondant pas ordinairement en forces, nous échouons dans beaucoup d'autres cas, et presque régulièrement lorsque les accidents se développent plus tard et d'une manière plus insensible. Somme toute, on voit les malades, une fois saisis des accidents, sortir pour la plupart, des mains de leurs chirurgiens, exténués et rapprochés visiblement de la tombe, sans que l'organe pour lequel ils ont fait de si grands sacrifices leur ait été rendu.

Même les inflammations sécrétoires de caractère glaucomateux ne sont pas maîtrisées dans ces circonstances par l'iridectomie. On a toutefois raison de la pratiquer, si l'œil devient dur, si la papille s'excave et si le champ visuel se rétrécit; mais cette opération fournit ici un remède bien douteux, puisqu'elle ne tarit pas directement la source de l'hypersécrétion. Une influence indirecte peut s'exercer analoguement aux cas de cicatrices extatiques de la cornée, quand le cristallin prolabé ou disloqué cause une hypersécrétion de liquides. Mais il reste entre les deux cas l'énorme différence que dans le dernier nous pouvons, l'iridectomie échouant, éteindre la cause par l'extraction du cristallin.

Les maladies consécutives à l'abaissement acquièrent assez souvent un caractère des plus pénibles par leur

durée indéterminée, par les douleurs qui les accompagnent, et qui, en privant les malades de sommeil, finissent par miner la santé générale. Pour arracher les malades à ces souffrances, je me suis vu quelquefois dans la triste nécessité de leur pratiquer l'ablation de l'œil opéré.

Nous aurions tort de ne pas mentionner ici l'influence qu'exerce parfois sur le second œil l'irritation causée par la cataracte abaissée. Les formes d'iridocyclite prolongées, avec grande sensibilité de la région ciliaire au toucher, soit avec excès de tension ou atrophie commençante de l'œil, qu'on voit si souvent survenir, sont un sol fertile pour l'affection sympathique. J'avoue qu'un œil opéré d'extraction peut aussi devenir la source d'une affection sympathique; il ne s'agit pas alors d'une fonte purulente de l'œil opéré, forme qui ne retentit jamais sur le second œil, il s'agit au contraire d'une iridocyclite chronique allumée par une suppuration partielle de la plaie. Une telle issue est cependant fort rare après l'extraction, tandis qu'elle arrive après l'abaissement dans des proportions assez considérables pour imposer le principe de ne pas opérer avec l'aiguille un œil aussi longtemps que l'autre jouit encore d'une vue de quelque importance. La différence, sous ce rapport, entre les deux opérations, prouvée par l'expérience, doit d'ailleurs se faire comprendre à quiconque connaît les particularités des états consécutifs. Après l'extraction, les processus morbides en général atteignent bientôt leur terme, et si, contre cette règle, ils se prolongent, c'est que par exception les produits morbides, comme exsudations rétractiles, dépôts calcaires, etc., sont devenus des causes

d'irritation persistante. Après l'abaissement, au contraire, une pareille cause d'irritation persistante existe normalement : c'est la présence du cristallin disloqué.

Enfin, je dois apprécier ici un fait qui avait déjà frappé les anciens observateurs, surtout Beer, à savoir, que les opérations supplémentaires, quelque peu *vulnérantes* qu'elles soient, ne sont pas sans danger sur des yeux opérés par abaissement. Si, par exemple, nous pratiquons par kératonyxis, et avec les plus grandes précautions, la discision d'une mince cataracte capsulaire, nous risquons de causer des inflammations internes peut-être destructives. L'explication en est bien facile. Ce n'est pas la discision comme telle qui amène les accidents, mais ce sont encore de petits soulèvements ou déplacements quelconques de la cataracte abaissée, qui peuvent suivre même une perte très-incomplète de l'humeur aqueuse, et qui abolissent l'état d'indifférence que l'œil paraissait avoir acquis. En présence de tels faits, je ne puis qu'appuyer le conseil que pour les yeux opérés d'abaissement, qui ont gagné même une vision assez incomplète, on doit hésiter à entreprendre des opérations complémentaires. Au contraire, je ne crains pas ces actes bien dirigés sur des yeux opérés d'extraction, même quand il s'agit de suppléer à une vision déjà assez satisfaisante. Seulement, à cette occasion, je recommande aux chirurgiens de ne pas pratiquer la discision de la capsule après un intervalle trop court, mais au plus tôt après quatre mois, puisque sans cela l'activité des cellules intra-capsulaires n'étant pas encore éteinte, on risque de voir les brèches nouvellement ouvertes se fermer comme après la première opération.

L'ensemble de toutes ces considérations doit renforcer nos convictions relativement à la supériorité générale de l'extraction sur l'abaissement, convictions que nous avions puisées dans la comparaison numérique des succès obtenus.

Abordons maintenant une autre question qui, jusqu'à présent, n'a pas été si nettement tranchée que la précédente, et pour laquelle le mémoire qui suit nous fournit des matériaux.

Il pourrait très-bien arriver que dans une application générale, l'une des méthodes remporte des lauriers, tandis que dans des circonstances spéciales, les avantages seraient du côté opposé. En effet, un jugement de ce genre a été porté par la plupart des chirurgiens expérimentés par rapport aux méthodes en question. Je ne veux pas m'occuper ici des nombreuses contre-indications de l'extraction à lambeau qui ont été établies à tort ou à raison; mais je dois avouer que dans certaines conditions de la santé générale, de l'état des yeux, et que dans certaines circonstances extérieures, les bonnes chances de l'extraction à lambeau s'amoindrissent tellement, que les chiffres de probabilité tirés des résultats généraux ne peuvent plus nous donner un point d'appui, tandis que les mêmes circonstances affectent beaucoup moins le pronostic général de l'abaissement. En conséquence, quelque grand adversaire de l'abaissement que j'eusse été, je n'ai pu, jusque dans ces dernières années, lui disputer le rang d'un procédé d'exception. Lorsque je commençai à mettre en pratique l'extraction linéaire modifiée; je conçus bien l'idée que cette méthode pourrait enlever à l'abaissement le terrain

restreint que les contre-indications de l'extraction à lambeau lui laissaient encore, mais je n'ai pas osé me prononcer dans ce sens, parce que l'extraction linéaire modifiée, dans sa forme originaire, ne me paraissait jouir de ses avantages que dans les cataractes avec noyau douées d'une substance corticale volumineuse et molle.

Aujourd'hui, je pense pouvoir établir, et voilà à quoi tend le mémoire suivant, une forme de l'extraction linéaire modifiée qui est également bien applicable à toutes les consistances et phases de la cataracte, et qui ne partage pas les dangers de l'extraction à lambeau, même dans les circonstances les plus défavorables. Cette méthode s'élèvera-t-elle dans sa forme actuelle au rang d'une méthode dominante? sera-t-elle substituée à l'extraction par lambeau même dans les cas les plus favorables à cette dernière? Voilà une question que j'ai refusé de trancher dans les pages qui suivent. Au moment où j'écris ces lignes, mes expériences se sont en effet tellement multipliées et consolidées en faveur du nouveau procédé, que j'hésiterai moins à y répondre d'une manière affirmative. Cependant, dans un objet qui touche de si près un point capital de la pratique, on ne pèche certainement pas en suspendant la décision en faveur des droits de l'avenir.

Une chose pourtant me paraît inébranlablement établie, c'est que la nouvelle méthode nous guide si bien dans les cas redoutés pour l'extraction à lambeau, que dorénavant il est du devoir du chirurgien de congédier l'aiguille d'abaissement, et de déclarer gagnée sur tous les points la victoire du procédé de l'extraction, contestée jusqu'à présent pour des conditions spéciales. Ce serait

certainement un acte téméraire de condamner un procédé par lequel, depuis le commencement de notre ère, des myriades d'hommes ont recouvré la vue, et de le rayer du nombre des opérations vivantes pour le refouler dans le domaine de l'histoire, si le cercle d'activité de ce procédé ne s'était successivement rétréci depuis un siècle, et si le souffle de sa vie ne s'était pas déjà presque éteint, du moins au point de vue de l'ophthalmologie scientifique. Le pont qui lui apportait encore le sang et la vie était en vérité assez chétif pour être coupé par le couteau bien mince que je me permets de recommander.

Berlin, 1er mars 1866.

I

Procédés antérieurs.

L'extraction linéaire modifiée, c'est-à-dire la combinaison de l'iridectomie avec l'extraction linéaire selon les règles de l'art, est devenue, depuis que j'en ai fait une méthode de l'opération de cataracte (1), l'objet d'études suivies. Beaucoup d'opinions contradictoires ont été émises. Pendant que j'y voyais seulement une application du procédé linéaire aux cataractes ayant un noyau et une substance corticale copieuse et molle, Waldau fit bientôt après (2) la proposition de l'élever à une méthode générale pour les cataractes des vieillards. Il en trouve la raison dans l'invention de ses curettes, s'étant assuré qu'à leur aide, il pourrait extraire les cataractes les plus dures même, des incisions restreintes employées à cette époque. Je m'empressai de reconnaître (3) le progrès remarquable résultant de l'usage de meilleurs instruments pour saisir la cataracte (4), sans

(1) Voyez *Archiv für Ophthalmologie*, 1859, vol. V, 1, p. 161.
(2) *Extraction de la cataracte par curette*, 1860.
(3) *Archiv für Ophthalmologie*, vol. VI, 2, p. 155.
(4) Dans ma méthode primitive, je ne m'étais pas servi, comme on l'a cru quelquefois après, de la curette de Daviel, mais d'un instrument qui se rapproche beaucoup des instruments actuels servant à saisir la cataracte. Cette erreur vient peut-être de ce que j'avais désigné cet

pouvoir cependant me décider à abandonner mes indications primitives.

Quand on force une cataracte dure à traverser une incision faite par un couteau lancéolaire, incision qui, d'après le procédé d'alors, ne pouvait guère porter sur plus d'un quart de la périphérie de la cornée, il doit en résulter nécessairement, ou une forte contusion, ou une perte des masses lenticulaires. Ceci est évident, quand on compare le diamètre des grands noyaux cristalliniens (3''' 3/4 et plus) avec les dimensions de ces incisions (plaie externe, 3''' 1/2 à peu près; plaie interne, à peine plus de 3''', même après l'avoir suffisamment dilatée en retirant le couteau de la plaie). Une plus forte contusion de la cornée, le long du canal de la plaie, est déjà un grand défaut; la perte des parties nucléaires latérales oblige, ou à abandonner ces parties déjà refoulées pendant le passage de la cataracte par la plaie, ou à employer d'autres manœuvres qui certainement ne sont pas indifférentes pour l'opération en général. Déjà, à cause de ces circonstances inévitables, et en faisant abstraction complète d'instruments tracteurs, l'opération du lambeau me parut mériter la préférence pour les cataractes dures, conviction qui, après leurs expériences, fut partagée par presque tous nos collègues allemands. Seulement, dans les cas où les noyaux sont plus petits ou compressibles dans leurs couches périphériques, cette

instrument comme une curette de Daviel agrandie, peu disposé que je suis à donner aux instruments des noms nouveaux. J'en parlais ainsi dans ma description (*loc. cit.*, p. 162) : « Une curette *plus large, moins creuse et un peu plus amincie à son bout* que la curette ordinaire de Daviel, est poussée, entre l'équateur cristallinien et le plus grand cercle du noyau compacte, dans les masses corticales postérieures, jusqu'à ce que son bout dépasse un peu le pôle postérieur du noyau. »

disproportion n'a pas lieu; et, pour ceux-ci, ma recommandation primitive a été justifiée par la plupart des opérateurs.

Ainsi était l'état des choses, lorsque l'attention générale fut attirée, il y a deux ans, par les études de nos confrères de l'hôpital Moorfield. Ils avaient exécuté d'abord l'extraction par les curettes de Waldau, et y avaient apporté petit à petit des modifications telles, que l'opération prenait à la fin une autre physionomie. La description de Critchett (1), généralement connue, fit d'autant plus de sensation, que ce confrère, si expérimenté dans l'extraction à lambeau, exprime, comme Waldau l'avait fait auparavant, sa conviction que ce procédé mérite généralement d'être préféré à l'autre.

Ce sont surtout deux choses qui distinguent le procédé anglais du procédé primitif :

1° Une incision plus grande; 2° un meilleur instrument pour saisir la cataracte.

La longueur de l'incision, que j'avais fixée à 1/4 de la périphérie de la cornée pour une corticale molle, s'étend à 1/3 dans le procédé de Critchett; ce qui fait à peu près disparaître la disproportion entre l'incision et la cataracte, même pour les formes dures (accepté que la plaie externe arrive à 4''' 1/2, la plaie interne à 3''' 3/4). On obtient cette étendue par des couteaux lancéolaires un peu plus larges encore que les nôtres, et par une dilatation consécutive avec des ciseaux qui permettent d'agrandir surtout la plaie interne. Par cette manière d'étendre l'incision, le procédé « *scoop extraction* » surpasse, en effet,

(1) Rapports des séances de la Société ophthalmologique de Heidelberg, 1864, p. 55. — *Annales d'oculistique*, 1864, p. 115.

les limites d'une extraction linéaire. Quand on circonscrit un tiers de la périphérie de la cornée, l'arc de 120° dévie déjà fortement de sa corde (voyez plus bas: hauteur du lambeau). Il s'agit mathématiquement d'un lambeau qui se distingue du lambeau ordinaire par son ouverture plus petite (120°; dans l'autre, 150°-180°), et un rayon plus grand (3‴; dans l'autre, 2‴ 1/4 à peine). On ne saurait pourtant nier que, vu la hauteur modérée du lambeau, la plaie n'est pas béante, qu'elle s'ouvre seulement comme une fente, et conserve ainsi, en partie, les avantages d'une incision linéaire.

La curette de Critchett, n'ayant pas, comme celle de Waldau, un bord escarpé, a l'avantage sur celle-ci, d'exiger moins de place; elle trouve ainsi moins de résistance, et glisse plus facilement dans une masse corticale peu profonde. Son effet principal, en saisissant et sortant la cataracte, est d'attirer, tandis que le bord de la curette de Waldau presse d'arrière en avant sur le cristallin, et par celui-ci, indirectement, sur les parois postérieures de la cornée et de l'iris. Ces différences se font sentir presque exclusivement dans les cataractes dures, tandis qu'une masse corticale molle laisse l'espace libre pour la hauteur de la curette de Waldau, et donne la possibilité d'entourer doucement le noyau, sans enfoncer le bord, sans refouler quelques parties du cristallin. En dehors des deux différences principales pour l'incision et l'instrument tracteur, le procédé anglais offrait encore (à l'égard de notre opération primitive) d'autres détails nouveaux et remarquables. Je compte, parmi ceux-ci, l'emploi d'un élévateur des paupières à ressort, et la possibilité de faire l'incision juste en haut, tandis que

nous avions opéré d'abord en dehors, et, plus tard, ordinairement, obliquement en haut et en dehors. J'appuie moins sur la différence qui existe dans le mode d'exciser l'iris, dont je n'ai pu reconnaître les avantages.

La valeur de l'extraction anglaise par curette, comme procédé général, ne pouvait naturellement être décidée à priori. On ne peut guère prévoir quelle doit être la juste mesure, dans la grandeur et dans la forme de l'incision, qui donnerait les avantages suffisants pour la sortie du cristallin, sans trop participer d'un autre côté aux dangers du lambeau. Plus l'incision s'ouvre, plus la facilité donnée au cristallin pour sortir est grande, plus aussi nous pouvons nous passer de tout instrument pour faciliter cette sortie; mais le danger d'une mauvaise guérison (suppuration de la cornée) s'accroît dans les mêmes proportions. Moins l'incision s'ouvre, plus la sortie du cristallin est généralement pénible, plus l'usage d'instruments pour le saisir est nécessaire; plus enfin la contusion et ses conséquences sont remarquables (principalement des affections iritiques et iridophakitiques). Passer heureusement entre Charybde et Scylla est le problème. Il appartenait aux études empiriques de décider si ce problème était résolu par l'extraction anglaise avec curette, de manière à rendre l'extraction à lambeau inutile.

Quand on veut juger consciencieusement une méthode opératoire, on doit suivre jusque dans les plus petits détails le manuel opératoire de l'auteur que l'on veut imiter; aussi je n'ai pas négligé de voir par moi-même, pendant l'automne de 1864, les opérations exécutées de main de maître par Bowman et Critchett.

J'ai appliqué leur procédé 118 fois pendant le dernier semestre d'hiver ; il m'est devenu bientôt familier, puisqu'il coïncide en beaucoup de points avec mon procédé primitif. Pendant les mois de novembre et de décembre 1864, je ne l'appliquai pas à toutes les cataractes qui s'offrirent dans la clinique; je réservai à peu près la moitié des cas pour l'extraction à lambeau. Pendant les mois de janvier, février, mars, avril, et la moitié du mois de mai, je ne fis que quatre extractions à lambeau ; j'appliquai donc le procédé anglais, presque exclusivement, à toutes les consistances de cataractes.

Parmi les 118 yeux opérés, 7 se perdirent, détruits en partie par la panophthalmite suppurative, en partie désorganisés par iridocyclite, au point qu'une opération secondaire ne parut pas indiquée. En outre, je trouve encore 4 yeux notés comme « presque perdus », qui, après l'inflammation, avaient conservé, il est vrai, une bonne sensibilité quantitative de la lumière, mais dans lesquels l'altération avancée de l'iris, et en partie la diminution de la consistance du globe, ainsi que la mauvaise projection des sensations de lumière, avaient rendu l'effet d'une opération ultérieure douteux au plus haut degré. Parmi les autres yeux (107), 28 à 30 exigèrent des opérations consécutives (iridectomie ou discision de la capsule) pour amener les malades à lire couramment une écriture fine. Douze de ces yeux n'étaient même pas capables, après la première opération, de suffire à une orientation satisfaisante. Parmi les 118 cas, en somme, j'avais noté 19 fois des anomalies dans le courant de l'opération, c'est-à-dire procidence du corps vitré (11 fois), et rétention ou sortie

extrêmement pénible des masses corticales. Quatre de ces cas se trouvent dans les 7 yeux perdus; 2 parmi les 4 presque perdus, tandis que dans les 13 autres cas, en faisant abstraction d'une plus grande proportion d'opérations complémentaires, l'effet fut favorable. Pour trois des yeux perdus et pour deux presque perdus, la cause ne pouvait être trouvée dans la marche de l'opération. Il en résulte que même après une opération normale, il y avait insuccès complet dans 4 pour 100 des cas, à peu près.

Je dois ajouter encore que toutes les opérations ont été faites dans les saisons pendant lesquelles nous opérons avec le plus de chance de succès par rapport au climat de Berlin. Depuis des années déjà, je considère comme un devoir de conseiller aux malades, qui peuvent disposer de leur temps, de ne pas se faire opérer pendant les mois de grande chaleur ; aussi ces malades nous arrivent surtout dans la dernière partie de l'automne, en hiver, et dans la première partie du printemps. Pendant les mois de juin et de juillet, j'opère surtout, dans des salles d'hôpital remplies outre mesure, des individus débilités qui, à tort ou à raison, craignent de voyager pendant les mois plus froids.

Si je résume le résultat fourni par l'extraction par curette, et si je le compare à celui de l'extraction à lambeau (1), j'arrive aux conclusions suivantes :

(1) Je veux donner ici, pour le coup d'œil général, quelques chiffres pris dans un plus grand travail statistique sur l'extraction à lambeaux (travail qui n'a pas encore paru). Parmi 1600 yeux que j'ai opérés par extraction, pendant une pratique de onze ans, il y eut insuccès dans 7 pour 100 des cas. Je comprends parmi les insuccès aussi bien les yeux perdus par fonte purulente que ceux qui n'avaient pas de force visuelle qualitative, et n'offraient pas la chance d'une seconde opération faite avec

1° Le nombre des yeux entièrement ou presque perdus ne différa pas essentiellement dans les deux méthodes.

2° Le nombre des guérisons imparfaites est beaucoup plus grand dans l'extraction par curette que dans l'extraction à lambeau : tandis que dans cette dernière, 10 pour 100 des cas seulement réclamèrent des opérations consécutives pour procurer aux malades une bonne force visuelle, l'extraction par curette les rendait nécessaires dans 24 pour 100 des cas.

3° La durée de la guérison fut plus courte pour l'extraction par curette, mais la différence ne fut pas aussi remarquable que l'étendue de l'incision le faisait espérer. Dans les cas les mieux réussis même, la légère irritation, ou l'hypérémie de l'iris avec prolifération des cellules capsulaires, ne s'éteignit le plus souvent que pendant la troisième semaine. Il était rare qu'un malade fût renvoyé avant le dixième jour ; la durée moyenne du repos à l'hôpital fut de dix-huit jours, tandis qu'elle était de vingt-cinq jours après l'extraction à lambeau. Je n'hésite pas à conclure, de la pratique de nos confrères an-

succès. J'eus 13 pour 100 de succès imparfaits, c'est-à-dire force visuelle insuffisante pour la lecture des types ordinaires. Parmi ces derniers, 3 pour 100 comptent pour les complications préexistantes de la cataracte ; 10 pour 100 laissèrent l'espoir de suppléer au succès complet par des opérations ultérieures. Dans 80 pour 100, j'obtins un résultat satisfaisant par une seule opération. — Depuis l'introduction du bandage compressif, les résultats sont devenus plus favorables. Je compte sur 900 yeux, 5 pour 100 seulement d'insuccès, 11 pour 100 de demi-succès, 84 pour 100 de succès complet. Dans les chambres particulières, j'opère en général avec beaucoup plus de succès que dans les salles d'hôpital, ce qui s'explique en partie par le meilleur air, mais surtout par le meilleur état de santé des individus opérés. Ainsi, dans les six dernières années, j'eus pour les malades particuliers (250), 91 pour 100 de succès complet, 6 pour 100 de demi-succès, 3 pour 100 d'insuccès, tandis que dans l'hôpital les proportions furent moins favorables que le résultat moyen.

glais, que les conditions sont plus favorables en Angleterre, de sorte que les malades supportent plutôt les influences atmosphériques. Chez nous, la permission de sortir plus tôt que nous ne l'avons indiqué plus haut fut généralement suivie d'une aggravation.

4° Il faut accorder qu'après l'extraction par la curette, le *traitement consécutif* est beaucoup plus simple qu'après l'extraction à lambeau ; il exige moins d'attention de la part du médecin, et moins de soins de la part du garde-malade.

Quelles sont maintenant les règles à tirer de ces conclusions pour l'admissibilité du procédé ? Je ne crois pas qu'il soit permis de se prononcer catégoriquement d'après un nombre de cas si restreint, et j'aurais différé tout jugement jusqu'après le résultat d'études plus nombreuses, si je n'étais arrivé, pour des motifs indiqués ci-après, à renoncer à ce procédé. D'abord, je dois concéder à la méthode anglaise, ce que j'avais refusé à mon procédé primitif, qu'elle fournit pour les formes de cataractes dures une quantité assez grande de résultats favorables pour justifier des études comparatives avec l'extraction à lambeau, surtout dans certaines circonstances extérieures.

On ne saurait nier qu'on peut acquérir une plus grande habileté dans un procédé tout récent encore, et obtenir des résultats plus généraux par des améliorations successives. Par exemple, s'il eût été possible de réduire les dix-neuf opérations anormales de la moitié, le nombre des yeux perdus et presque perdus aurait été réduit, selon le calcul de probabilité, de 9,3 pour 100 à 7,8 pour 100. Dans tous les cas, je recommanderais le procédé dans

certaines conditions que nous rencontrons souvent, et dans lesquelles l'état individuel des malades ou de leurs yeux diminue les chances de succès de l'extraction à lambeau. Je préférerais aussi le procédé à l'extraction à lambeau pour certaines formes de cataractes : par exemple, pour les cataractes blanchâtres à consistance visqueuse, sans noyau ambré, chez des personnes entre trente et quarante-cinq ans; pour les cataractes de Morgagni à noyau descendu; enfin pour toutes les cataractes dont les parties corticales sont ramollies (en bouillie).

Je ne recommanderais pas le procédé pour certaines autres formes de cataractes : par exemple, pour les cataractes tout à fait dures, trop mûres, aplaties et à bords tranchants; d'abord, parce que la sortie est moins douce, moins glissante, ensuite parce que la corticale postérieure et le cristallin sont trop intimement unis pour permettre à la curette de passer librement et sûrement. Je ne pourrais concéder que l'opération soit généralement propre à faire abandonner l'extraction à lambeau ; elle donne, dans une application exclusive, pour un trop grand nombre de cas, des résultats imparfaits qui rendent nécessaire une opération ultérieure, abstraction faite de l'iridectomie qui, exécutée en haut, ne modifie pas les conditions optiques d'une manière remarquable, mais n'est pas exempte de quelque inconvénient dans certains cas.

Si, malgré ce jugement relativement favorable, j'ai abandonné complétement le procédé anglais, c'est qu'en retournant dans ces derniers temps à mes études primitives sur les sections linéaires, j'ai été amené à une autre opération qui me paraît réunir d'une manière plus par-

faite les avantages de cette incision et de la sortie du cristallin. Il est vrai que le résultat de son application repose jusqu'ici sur des chiffres bien modestes (69); cependant je me crois autorisé, dans une certaine mesure (et j'indiquerai pourquoi), à en tirer des conclusions comparatives. Dans tous les cas, l'étude me paraît assez mûre pour la recommander à l'attention de mes collègues. Avant de faire la description du procédé, je veux traiter de la forme de l'incision, de la direction du canal de la plaie, de la position de la plaie interne, et de la sortie du cristallin.

II

Incision linéaire et direction du canal de la plaie.

On a désigné jusqu'à présent sous le nom d'*incision linéaire* les petites incisions faites avec le couteau à cataracte par simple ponction, sans contre-ponction, et celles faites avec le couteau lancéolaire. Cette définition n'est pas assez restreinte, en ce qu'elle considère seulement la dimension de la plaie. Lorsque je recommandais, pour l'opération linéaire modifiée, une incision qui circonscrivît un quart de la cornée, l'expression « incision linéaire » me semblait déjà une licence un peu hasardée; mais s'il s'agit d'un tiers de la périphérie de la cornée, comme dans l'opération anglaise, il serait plus juste, comme je l'ai expliqué précédemment, de parler d'un lambeau particulier ayant une hauteur relativement petite. Aussi nos confrères anglais ne se sont pas servis,

que je sache, de l'expression « incision linéaire »; ils désignent seulement leur incision comme s'ouvrant en forme de fente, sans être béante comme le lambeau usité.

Si nous nous efforçons d'arriver à une définition plus précise, et ceci, non pas pour nous perdre dans des théories, mais pour bien établir le point de départ de notre pratique actuelle, nous dirons que l'incision linéaire doit être une incision telle que les bords de la plaie, livrés à eux-mêmes, se rapprochent et se réunissent le plus intimement possible. Si l'on suppose que la cornée est un segment de sphère (ce que l'on admettra pour nos considérations), la condition du rapprochement intime des bords de la plaie sera remplie quand le canal de la plaie tombera dans le plan d'un plus grand cercle; par conséquent, quand la direction de l'incision coïncidera complétement avec celui des plus grands cercles qui réunit les deux angles de la plaie. Il est connu que le chemin le plus court entre deux points d'une surface sphérique est situé dans le plus grand cercle qui passe par ces deux points; il est également vrai que les parties organiques séparées dans leur continuité se contractent par leur propre élasticité, et ont une tendance à se rapprocher du plus court chemin. Dans le cas où l'incision tombe dans ce chemin, les bords de la plaie auront le moins de disposition à se séparer. Ces circonstances offrent, d'après un principe chirurgical inébranlable, les conditions les plus favorables pour une guérison nette et prompte.

Il est également manifeste que, si l'incision tombe dans un des plus grands cercles, l'influence de la pression intraoculaire sur les deux bords de la plaie sera parfaitement identique. Par conséquent, il n'y aura pas de tendance de

soulèvement de l'un des bords au-dessus du niveau de l'autre, tendance que nous remarquons d'une manière si désavantageuse dans le procédé à lambeau où, par des raisons de mécanique très-simples, le bord du lambeau présente moins de résistance à la pression intra-oculaire que le bord appartenant à la périphérie de la cornée.

Comment pourrons-nous obtenir une telle incision par ponction avec un couteau lancéolaire ou à cataracte? Uniquement en dirigeant, pendant l'opération, le plan de l'instrument dans le plan du plus grand cercle, pendant que la pointe visera nécessairement vers le centre de la sphère idéale de la cornée. Or, ceci ne pourra se faire que pour de petites plaies dans les régions centrales de la cornée. Pour en obtenir de plus grandes au même endroit, nous sommes déjà obligés de quitter cette direction pour ne pas entamer le cristallin. Quand il s'agit de ponction à la périphérie de la cornée, ou au bord sclérotical, une direction presque perpendiculaire de l'instrument est possible, pour un opérateur exercé, tout au plus jusqu'à l'arrivée du couteau dans l'humeur aqueuse; aussitôt l'instrument doit être incliné à plat, parallèle à la surface de l'iris, ou même encore plus en avant: cette direction le fait sortir du plan du plus grand cercle, et fait dévier l'incision de la direction linéaire. Il en résulte que toute incision, telle que nous la faisions pour une iridectomie périphérique, ou pour l'extraction linéaire modifiée, usitée jusqu'ici, ne forme pas une incision linéaire stricte, mais plutôt une incision dont la forme se rapproche de celle du lambeau. Quand les incisions sont petites, la déviation n'est pas remarquable, par la même raison qui fait qu'un arc de petite ouverture ne s'éloigne

qu'un peu de sa corde. L'augmentation de son étendue fait croître la déviation. Si nous désignons sous l'expression *hauteur du lambeau* la distance du centre de l'incision au centre du plus grand cercle qui réunit les angles de la plaie, nous trouvons les valeurs suivantes:

Pour une incision au bord de la cornée de 2''' 1/2 (distance des angles de la plaie), telle que nous la faisons pour les iridectomies ordinaires, la hauteur du lambeau, dans une opération exécutée selon les règles de l'art, est à peine de 1/4 de ligne. Elle est de 5/8''' pour une incision de 3''' 1/2 qui circonscrit presque un quart de la cornée; — pour une incision qui prend un tiers de la périphérie de la cornée, comme dans la méthode anglaise, elle est déjà au-dessus de 1'''; et enfin, pour le lambeau ordinaire, elle est de 2''' à 2''' 1/2, selon que nous le voulons plus ou moins grand. Si l'on tient le plat de l'instrument parallèle à l'iris, on comprend que la hauteur du lambeau, pour la même grandeur de la plaie, croît d'autant plus, que l'incision se rapproche du centre de la cornée; décroît au contraire d'autant plus, qu'elle se rapproche du bord sclérotical, car la base de la cornée est relativement le plus rapprochée de celui des plus grands cercles imaginaires qui est parallèle à l'iris et perpendiculaire à l'axe de la cornée. Si l'on faisait, par exemple, selon le mode ordinaire de l'extraction à lambeau, une incision semi-circulaire, à une ligne de distance du bord de la cornée, dans laquelle les angles de la plaie soient éloignés de 3''', la hauteur du lambeau serait de 1''' 1/2; une incision de la même étendue, faite au bord de la cornée, ne donnerait qu'une hauteur de 2/5'''. Ce sont justement ces considérations qui ont suggéré le désir de faire des incisions qui donnent

une grande distance des angles de la plaie, en même temps qu'une petite hauteur du lambeau, le plus près possible de la périphérie de la cornée, ou même dans le bord sclérotical. Plus la hauteur du lambeau est petite, plus la tendance des bords de la plaie à s'écarter disparaît, si les rapports de l'élasticité et de la pression intraoculaire restent les mêmes.

Si, d'un autre côté, la situation périphérique de la plaie a diminué la hauteur du lambeau, il me paraît pourtant que pour des distances considérables des angles de la plaie, comme elles sont nécessaires pour faire sortir d'une manière satisfaisante les cataractes dures, le problème n'était résolu que d'une manière imparfaite. Cette considération me conduisit à substituer dans ce procédé, aux incisions par ponction, une incision avec contre-ponction, comme nous la faisons dans l'extraction ordinaire à lambeau, avec la différence essentielle pourtant, que je me sers d'un couteau très-étroit, ayant à peine 1''' de largeur. Aussitôt que la pointe est arrivée à la contre-ponction, le couteau peut être incliné vers la surface de la cornée, de manière qu'il s'avance presque dans le plan du plus grand cercle qui réunit les angles de la plaie. Un simple mouvement de scie (un seul mouvement de va-et-vient) exécute dans le même plan une incision de direction presque linéaire. Si la plaie externe a 4''' 1/2 (incision qui donnerait une hauteur de lambeau de plus d'une ligne, si elle était faite par un couteau lancéolaire), la hauteur du lambeau devient presque nulle, c'est-à-dire n'atteint pas même un quart de ligne. Les figures ci-jointes rendront les rapports plus clairs.

La figure 1 représente, dans sa ligne unie, l'incision

faite par le couteau lancéolaire; celle-ci, dessinée exactement dans le bord sclérotical, et non dans la conjonctive, n'est même pas parallèle à la périphérie de la cornée ; elle a une hauteur de lambeau encore plus grande qu'elle





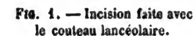


Fig. 1. — Incision faite avec le couteau lancéolaire.

Fig. 2. — Incision faite d'après le nouveau procédé.

n'aurait avec ce parallélisme. Ceçi s'explique par la nécessité de diriger, après une ponction aussi périphérique, le couteau lancéolaire un peu en avant, au lieu de le pousser parallèlement à la base de la cornée. La figure 2 représente au contraire (dans sa ligne unie) l'incision usitée actuellement par moi. La ligne pointillée indique, dans les deux figures, le plus grand cercle qui réunit les angles de la plaie, en supposant que la sclérotique soit le complément direct de la cornée, supposition qui paraît admissible, puisque la plaie interne, qui doit surtout être prise en considération, tombe encore, même pour la figure 2, dans le bord extrême de la cornée.

Le canal même de la plaie prend, dans ce dernier mode de section, une direction beaucoup plus escarpée, presque perpendiculaire à la surface de la cornée; tandis qu'il est plus incliné dans l'incision faite par le couteau lancéolaire. Cette différence n'a apparemment pas d'influence directe sur la guérison; mais il est certain que la direction perpendiculaire du canal est plus favorable que la direction inclinée à la sortie du cristallin sans instrument,

ou à l'aide des instruments peu offensifs (voy. plus bas). Ceci est surtout évident, si nous pensons en même temps à la situation de la plaie interne : elle coïncide, dans l'incision par le couteau étroit, avec le bord de la cornée (ce dont je me suis convaincu par des examens anatomiques), et entre dans la cornée tout au plus vers le sommet de l'incision, de quelques dixièmes de millimètre. Dans l'incision avec le couteau lancéolaire, au contraire, la plaie interne s'écarte dans toute son étendue de 3/4 à 1 millimètre — plus qu'on ne croirait à priori — du bord interne de la cornée. Cette dernière considération explique pourquoi l'équateur du cristallin ne se présente pas spontanément, pour ainsi dire, au canal de la plaie, par l'effet de la pression intra-oculaire, ou par l'effet d'une douce pression externe, mais qu'il s'appuie plutôt contre le bord de la cornée, en dehors de la plaie interne. Les figures schématiques 3 et 4 expliquent ce que j'ai énoncé.

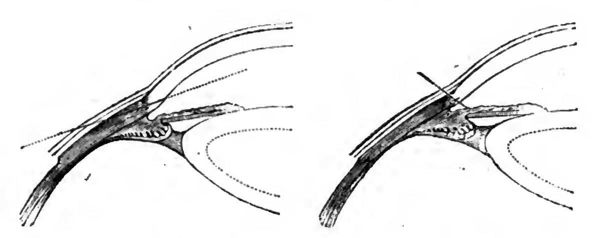


Fig. 3. — Direction du canal de la plaie faite avec le couteau lancéolaire.

Fig. 4. — Direction du canal de la plaie faite avec le couteau étroit.

Pour ces raisons, il devient nécessaire, après l'incision par le couteau lancéolaire, d'abaisser d'abord, en introduisant la curette, le bord de la cornée sous l'équateur du cristallin ou du noyau, et de le tenir baissé jus-

qu'après la sortie du cristallin. De même, ce bord présente un obstacle à la sortie des masses corticales qui s'arrêtent facilement au-dessous, dans la rainure de la capsule cristallinienne. Il est évident que les effets obtenus par le couteau étroit (fig. 4) sont plus favorables, mais il est de notre devoir de signaler déjà ici un certain désavantage qui se présente à côté de ces bons effets, sans pourtant les contre-balancer. Par l'absence du bord de la cornée, la zonule perd une protection, et la tendance du corps vitré à la procidence est un peu plus grande que dans l'incision par le couteau lancéolaire. En effet, dans la méthode anglaise, le corps vitré se présenta dans 9 pour 100 des cas, tandis que dans le nouveau procédé la proportion était de 14 pour 100. Cependant je crois que cette proportion diminuera considérablement par plus d'habitude dans le manuel de l'opération, et par l'emploi plus fréquent du chloroforme, que je n'employais ici que dans des circonstances exceptionnelles. Comme le corps vitré, dans la plupart des cas, ne vint qu'après le cristallin, ou pendant les douces pressions exécutées pour faire sortir les masses corticales, je ne peux, tout en tenant compte de cette circonstance, lui attribuer une valeur décisive. Enfin, on peut, dans certaines circonstances, faire l'incision un peu moins près de la périphérie ; cette position ne lui fait pas perdre ses qualités par rapport à la direction linéaire et au canal perpendiculaire de la plaie; elle modifie les rapports de la plaie interne avec le bord de la cornée. Ceci sera parfaitement admissible, si, par exemple, dans les cas de noyau de grandeur moyenne et de corticale molle, l'équateur du noyau reste à une distance d'un millimètre au plus de l'équateur du cristallin.

III

Sortie du cristallin. — Curette et crochet.

Malgré tous les instruments ingénieux qu'on a inventés pour sortir le cristallin, on ne pourrait nier que la sortie spontanée, telle qu'elle a lieu, à travers les ouvertures béantes, soit par la pression intra-oculaire, soit par une douce pression externe, présente le mode de sortie qui est relativement le meilleur, et qui blesse le moins l'œil. C'est évidemment à cette possibilité de sortie que l'extraction à lambeau doit la pureté de ses résultats. Dans les incisions qui s'ouvrent seulement en forme de fente, les obstacles sont plus considérables, et rendent nécessaire l'usage des instruments. Le noyau et la corticale ont plus de tendance à se désunir, du moins dans beaucoup de cataractes; ils se présentent l'un après l'autre, et la corticale reste généralement en plus grande partie dans l'œil, à moins que l'on n'introduise des instruments à plusieurs reprises. Ceci explique déjà en partie la fréquence relative des guérisons imparfaites après l'extraction par curette ; nous en trouvons une cause encore plus importante dans l'effet même produit par la curette. Quand cet instrument a été poussé selon les prescriptions dans la corticale postérieure, au delà du pôle postérieur du noyau, un léger mouvement de levier par abaissement du manche de la curette devient nécessaire pour embrasser le cristallin avec l'instrument. C'est seulement à ce mouvement que succède celui qui doit attirer le cristallin : le bout saillant de la curette attire le noyau

vers la plaie et l'en fait sortir. On doit adapter le premier de ces mouvements (celui du levier) aux indications du cas, avec circonspection et avec la plus grande délicatesse possible; toutefois on ne saurait s'en passer, si l'on ne veut voir revenir la curette vide en glissant sur le pôle postérieur du noyau, et par le même chemin qu'elle s'était frayé à travers la corticale. On peut facilement se convaincre de l'étendue que doit avoir ce mouvement, et de l'effet de la feuille de la curette, en examinant une coupe du globe oculaire et en plaçant le profil de la curette à l'endroit correspondant. Il y a incontestablement un moment, parfois prolongé, de l'opération, dans lequel l'opérateur exerce une pression d'arrière en avant contre l'iris et la cornée. Je crois que ceci constitue un désavantage principal, surtout en cas de noyau peu compressible : la couche des cellules intra-capsulaires, et, indirectement, la surface postérieure de l'iris et la couche cellulaire de la membrane de Descemet, sont blessées par la pression. Ces couches sont justement le point de départ des proliférations qui se forment dans les cas de guérison imparfaite après l'extraction par curette. J'ai acquis cette conviction après l'examen attentif de plusieurs cas, dans lesquels des proliférations violentes de ce genre compromettaient presque complétement le résultat optique, et dans lesquels pourtant tout le cristallin dur était sorti d'un seul jet, et sans une anomalie quelconque de la manœuvre. Enfin, nous ne devons pas oublier que la curette, par son grand volume, et surtout par sa largeur, refoule plus ou moins les masses corticales vers les parties latérales, et détache du noyau une partie de ces masses dont l'évacuation offre quelquefois des obstacles insurmontables.

Ces raisons m'ont donné la pensée d'appliquer aussi à ces opérations les instruments à crochet, qui sont si utiles dans beaucoup d'opérations. Les deux instruments, *curette* et *crochet*, ont leurs particularités, et chacun, par rapport au but qu'il doit atteindre, a ses avantages et ses inconvénients.

La *curette*, quand elle a embrassé le noyau cristallinien; donne évidemment la plus grande sécurité pour le diriger adroitement jusqu'à sa sortie : la large résistance que la feuille fournit comme support, que la partie saillante du bout offre comme point d'appui, assure contre un glissement latéral ou un mouvement de culbute, même quand l'axe de l'instrument ne correspond pas au centre de gravité. Aussi est-il incontestable que la manœuvre prend un caractère de simple traction, quand le mouvement de sortie est commencé; par cela même, les forces compressives ne s'exerçent que sur la plaie tenue ouverte par l'instrument, et perdent ainsi leur influence contusive sur l'œil. L'effet ne peut manquer que dans un seul cas : c'est quand la partie nucléaire du cristallin est trop molle pour offrir à la curette la résistance nécessaire à la sortie, et qu'elle se broie. Mais justement dans ce cas, l'emploi du crochet aurait un plus grand inconvénient, puisqu'il passe encore plus facilement que la curette, quand il ne trouve pas assez de résistance. Un mode tout autre pour faire sortir le cristallin est alors nécessaire (voyez plus bas).

Si la curette est, en effet, l'instrument qui saisit le mieux, les inconvénients qu'elle offre se trouvent dans les différentes conditions d'entrée et de sortie. Il s'agit pendant l'entrée de trouver le moins possible de résis-

tance pour conduire la curette jusqu'au delà du pôle postérieur du noyau, ou jusqu'à l'équateur nucléaire du côté opposé, sans courir le danger de luxer le cristallin ou de percer la fossette hyaloïdienne. Pour la sortie, au contraire, il s'agit de développer vers le noyau du cristallin une résistance suffisante pour l'entraîner avec sûreté vers la plaie. Cette différence des conditions a d'autant plus d'importance, que les rapports entre la périphérie postérieure du noyau et la capsule sont intimes. Dans les cas où une couche puissante de masse corticale molle, ou même liquide, se trouve entre la périphérie postérieure du noyau et la capsule, nous avons, pour l'entrée, une route large et libre sur laquelle une curette, avec une saillie même escarpée, peut entrer sans menacer l'un ou l'autre côté. Nous avons alors, par la plus grande résistance que cette saillie développe en embrassant le noyau, tous les avantages pour la sortie. La chose devient tout autre dans les cataractes complétement dures, surtout dans les formes plus que mûres, aplaties, chez lesquelles souvent la corticale a presque disparu à l'endroit des pôles cristalliniens, et dont la partie postérieure présente la plus grande adhérence à la capsule. Ici l'instrument doit, en passant, dégager ou soulever artificiellement la capsule, en occupant cependant peu de place. Donc, si, pour tel cas, la hauteur du bout de la curette doit être très-petite, nous sommes obligé de surmonter les résistances, pendant la sortie de la curette, presque uniquement par l'abaissement du manche, c'est-à-dire par le mouvement du levier dont nous avons parlé précédemment. Si l'on voulait éviter ce mouvement, il faudrait employer un instrument qui subirait une métamorphose au moment approprié : par

exemple, à l'aide de l'apparition d'une paroi résistante à son extrémité, — projet conçu, mais abandonné à cause des complications techniques. Toujours résulte-t-il de ces considérations que, si l'on voulait s'arrêter au seul principe des curettes, il y aurait avantage à employer des curettes de formes différentes, selon les divers genres de cataractes.

L'effet d'un *crochet* est différent suivant que nous voulons enfoncer sa pointe dans la substance du noyau, ou que nous voulons seulement embrasser, avec la courbure d'un crochet mousse, l'équateur du noyau, ou une portion voisine de sa périphérie postérieure, et l'attirer vers la plaie. Je ne nie pas que, dans certaines circonstances, on ne puisse tirer profit du premier principe ; mais, pour le moment, il répond moins à mes idées fondamentales sur le mécanisme le plus favorable de la sortie du cristallin. S'il est vrai, comme je le pense, que c'est la contre-pression d'arrière en avant qui produit les guérisons imparfaites après les extractions par curette, l'enfoncement d'un petit crochet dans la corticale postérieure aurait un semblable inconvénient. C'est pour cette raison que je n'ai employé jusqu'ici que des crochets mousses pour embrasser et attirer la cataracte, sauf dans quelques cas de noyau très-lisse.

Quant à la sûreté avec laquelle le crochet saisit, nous ne pouvons nier qu'elle soit beaucoup moins grande qu'avec la curette. Si nous embrassons réellement, avec la concavité d'un crochet mousse de la meilleure construction possible, l'équateur du noyau, le noyau même pourra encore être dévié vers les côtés pendant la traction; et il le sera plus ou moins facilement quand la position

du crochet ne sera pas en rapport avec les lois de l'équilibre, c'est-à-dire avec la situation du noyau et avec les résistances de la plaie. Il est donc évident que le crochet exige une observation plus attentive des lois de l'équilibre, et qu'il offre moins de sûreté que la curette pour guider la cataracte. Je crois, pour cela, que le crochet mousse, malgré ses avantages que nous aurons à indiquer bientôt, ne pourrait remplacer la curette dans l'opération avec le couteau lancéolaire. Déjà la dépression uniforme du bord externe de la plaie, qui amoindrit avantageusement les résistances produites par la situation de la plaie interne (voy. plus haut), reste comme un avantage propre à la curette.

Les circonstances sont tout autres dans l'incision linéaire dont je fais usage maintenant. Ici, comme je l'ai démontré plus haut, les obstacles à la sortie du cristallin sont bien moins grands, à cause de la direction du canal de la plaie, et de la situation de la plaie interne; l'équateur du noyau se présente spontanément dans l'incision, et la sortie n'exige qu'une légère traction. Pour celle-ci, l'effet d'un crochet mousse paraît, d'après mes expériences actuelles, suffisant, à quelques exceptions près. Les grands avantages que nous obtenons de cette manière ont leur cause dans ce qui suit. Si l'emploi de la curette offre des inconvénients, à cause des besoins de résistance différente, à l'entrée et la sortie, nous les évitons d'une manière très-simple par la rotation que nous pouvons imprimer au crochet. Il est introduit de manière que sa face soit parallèle au plan de la corticale postérieure, et ainsi la résistance à son avancement est très-peu considérable. Quand l'instrument a atteint son but, nous portons par

un mouvement de rotation sa face dans une direction perpendiculaire, ou du moins presque perpendiculaire à ce plan (on le relève) ; la résistance atteint ainsi le développement que nous désirons pour le mouvement de sortie. Enfin, comme le crochet représente en sortant une force simplement attractive, nous évitons dans tous les actes la contre-pression, si redoutable d'arrière en avant.

D'ailleurs, je fais varier un peu la forme du crochet selon les circonstances. Quand il existe une certaine couche de corticale molle, mais pas assez considérable pour nous dispenser de l'usage d'un instrument (voyez plus bas), je prends un modèle plus large, en raison de la résistance moins grande à l'entrée. Au contraire, dans les cataractes complétement dures, le croohet doit être aussi mince que possible. Enfin, je ne puis passer sous silence que, pour quelques cas exceptionnels, la curette conserve ses avantages. Ceci me paraît surtout vrai pour les petits noyaux, relativement épais, des cataractes de Morgagni, qui glissent trop facilement pour être favorables à l'effet du crochet. On devrait croire que ces noyaux de petite dimension sortent sans instrument de l'incision prescrite ; pourtant leur dureté et leur épaisseur rendent, à ce qu'il paraît, cette sortie plus difficile que pour les grands noyaux d'autres espèces, expérience que nos collègues ont dû faire aussi en opérant ces cataractes par l'extraction à lambeau. Les petites curettes dont je me sers alors correspondent pour leurs dimensions à celles que j'employais pour l'extraction linéaire modifiée, avant l'application des curettes de Waldau ; seulemeut leur bout se rapproche de celui de la curette de Critchett. En effet, quand la corticale est liquide, et le noyau dur et lisse, toutes les

circonstances sont favorables à l'effet de la curette; il existe alors entre le noyau et la capsule postérieure un espace dans lequel les parties liquides n'offrent pas de résistance à son entrée, de sorte que nous avons même de la place pour un bout plus saillant; de même, la dureté du noyau fait que les résistances nécessaires à la sortie se développent déjà quand le manche est peu incliné. Dans les mêmes cas, j'ai essayé un crochet tranchant et replié; pourtant je ne suis pas encore d'accord avec moi-même sur sa forme la plus convenable.

En terminant, je veux faire ressortir ici, d'une manière toute particulière, que, pour une grande série de cataractes, par exemple pour celles qui, ayant une corticale molle et un noyau compressible, forment à peu près un tiers des cataractes des vieillards, toute introduction d'instrument dans l'intérieur de l'œil est inutile pour faire sortir le cristallin de l'incision linéaire faite selon mes prescriptions. Une manœuvre de pression légère, que je tâcherai de décrire plus bas, est suffisante dans ces cas, et je crois, en rappelant la proposition qui formait notre point de départ, que la possibilité de la sortie presque spontanée du cristallin donne un grand avantage sur l'incision faite par le couteau lancéolaire. Dans ces conditions, l'extraction linéaire, en dehors de la déformation de la pupille, offre tous les avantages de l'extraction à lambeau, sans en faire craindre les dangers.

IV

Mon procédé actuel.

Après avoir couché le malade d'une manière convenable et avoir placé un élévateur à ressort, — je me sers de la forme de Critchett, — on attire doucement le globe en bas, à l'aide d'une pince à fixation appliquée juste au-dessous du bord inférieur de la cornée, et l'opération commence.

Acte I : *Incision*. — Le couteau étroit, dont les dimensions sont données dans la figure 5, est poussé, le tran-



Fig. 5. — Couteau étroit.

chant en haut, le plat en avant, dans le point A (fig. 6), de manière qu'il entre dans la partie la plus périphérique

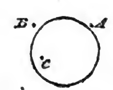


Fig. 6. — Points de direction du couteau.

de la chambre antérieure. Pour agrandir les dimensions de la plaie interne, la pointe ne doit pas viser d'abord vers l'endroit de la contre-ponction B, mais à peu près vers le point C de la cornée; ce n'est qu'après que la pointe est entrée de 3‴ 1/2 dans l'espace visible de la chambre antérieure, qu'on doit la relever, et la pousser sous le bord sclérotical, vers B. Quand on sent que la pointe ne

trouve plus de résistance, ce qui indique que la contre-ponction est faite, que la conjonctive (soulevée) soit déjà percée ou non, on donne immédiatement au couteau une direction inclinée en avant, de manière que le dos soit tourné vers le centre du globe cornéen imaginaire, et l'on continue l'opération dans ce plan, en poussant d'abord hardiment le couteau en avant, et en le retirant toujours dans le même plan, quand sa longueur est épuisée. Ce dernier mouvement suffit généralement pour couper complétement le bord sclérotical ; sinon on répète encore le mouvement de scie dans une moindre étendue. Aussitôt que le dernier point du bord sclérotical est divisé, le couteau se trouve libre et mobile sous la conjonctive soulevée, que l'on divise alors, pour qu'elle ne donne pas un lambeau trop long — ce lambeau a généralement une hauteur de 2‴ — par un mouvement horizontal de scie, en avant et en bas.

Remarques. — Pour cette opération comme pour l'extraction à lambeau, les préparatifs doivent être aussi simples que possible. Pour épargner toute inquiétude aux malades craintifs, on fait bien de les opérer aussitôt après la résolution prise. Si l'on veut donner du chloroforme, sur l'emploi duquel j'ajouterai quelques mots, le malade devra être à jeun depuis quelques heures, selon l'usage général. Il serait bon que le malade fût allé à la garde-robe le jour même de l'opération ; pourtant cette condition est moins importante ici que dans le cas d'extraction à lambeau, parce que, dans mon opération, le besoin de l'immobilité ne joue qu'un rôle secondaire. Quant au couteau, j'ai adopté un modèle dont je me suis servi jusqu'ici pour l'ablation des petites procidences de l'iris et des kératocèles (1). Ce modèle, dû à Waldau, et ressemblant au cou-

(1) Il est connu qu'on a fait usage de couteaux à cataracte étroits pour faire de petites incisions, par exemple, pour l'iridectomie. Frœbelius a récemment recommandé un instrument pareil et en a décrit les avan-

teau mince dont Cheselden se servait pour l'iridectomie primitive, a été seulement allongé de quelques lignes (voy. fig. 5), pour le but de notre opération, et a reçu des surfaces un peu plus convexes pour retenir l'humeur aqueuse. Le point A doit se trouver en moyenne éloigné de 2/3''' du bord de la cornée et à la même distance au-dessous de la tangente menée au sommet de la cornée. La plaie externe obtient, par une telle ponction et une contre-ponction symétrique en B, une longueur de 4''' 1/2 à 5'''. Quand il existe une couche épaisse de masse corticale molle, je fais la ponction un peu plus haut et un peu plus près du bord de la cornée, de sorte que l'incision arrive à une dimension de 4''' à 4''' 1/2. Le lambeau de la conjonctive devient alors de beaucoup plus petit, ou même fait défaut au milieu. J'ai recommandé de diriger la pointe de l'instrument d'abord en bas, et plus tard seulement vers la contre-ponction, pour étendre la plaie interne vers le côté de la ponction. Cette manœuvre présente encore un second avantage. Elle est fort avantageuse pour permettre de bien préciser l'étendue de l'incision. On s'habitue à mesûrer, par la partie du couteau que l'on présente librement dans le diamètre (AC) de la chambre, la grandeur de l'incision projetée, et à faire disparaître la pointe par un simple mouvement de levier sous le bord scléro-tical. Si l'on pousse immédiatement le couteau vers B, à travers la région périphérique de la chambre, il arrive facilement, surtout quand la chambre est étroite, qu'on touche trop tôt le point terminal (dans la crainte de léser l'iris) de la plaie interne, et que l'on trouve alors des obstacles inattendus pour la sortie du cristallin. Aussitôt que la contre-ponction est faite, l'humeur aqueuse coule

tages (voy. *Arch. für Ophthalm.*, vol. VII, 2, p. 119); mais non-seulement ces couteaux sont, par leur forme, bien plus rapprochés des couteaux à cataracte ordinaires que notre but ne le permet, mais encore les intentions de l'opérateur étaient différentes des nôtres. Frœbelius prétendait qu'avec son instrument on pouvait plus facilement éviter, dans l'iridectomie, de toucher à l'ouverture pupillaire et à la capsule antérieure, qu'en se servant du couteau lancéolaire qui, pour la même étendue de l'incision, doit avancer plus loin. On dirigeait ces couteaux, autant que je sache, toujours comme dans l'extraction, dans le plan de l'iris; ce n'est qu'avant de couper le pont qu'on les relevait un peu. — Je veux d'ailleurs mentionner, à cette occasion, que le couteau dont je me sers pour l'incision linéaire se recommande aussi, avec une légère modification dans la manœuvre, pour des pupilles artificielles à l'extrême périphérie, par exemple dans les cas de leucome adhérent qui ne laissent libre qu'une très-petite partie de la périphérie de la cornée. Sans pourtant avancer beaucoup le couteau, on obtient une plaie beaucoup plus grande que par le couteau lancéolaire.

habituellement sous la conjonctive et la soulève de l'épisclère sous forme de bulle. Cette apparition, qui se montre aussi parfois pendant l'extraction à lambeau, ne doit, en aucune manière, attirer l'attention. On doit terminer tranquillement l'incision, dans le plan choisi, jusqu'à ce que le dernier pont du bord sclérotical soit divisé. Quand la muqueuse est très-extensible, il peut arriver que la pointe du couteau ne perce pas la conjonctive au niveau de la contre-ponction scléroticale, mais la pousse quelque temps devant elle pour la percer après, pendant le mouvement de scie, dans un niveau plus élevé. Si cette circonstance amenait des difficultés à bien dénuder l'iris (acte II), il faudrait inciser la conjonctive avec des ciseaux. — Si, le premier acte fini, un grand caillot de sang se montre dans la plaie, il faut l'éloigner avec la pince ; quelquefois ce caillot, d'après son adhérence et la place qu'il occupe, paraît venir, non pas de la conjonctive, mais du canal de Schlemm ; celui-ci étant traversé par l'incision généralement près des angles de la plaie interne.

Acte II : *Excision de l'iris.* — Après avoir confié à un aide la pince à fixation, l'opérateur sépare d'abord le lambeau conjonctival de l'iris prolabé avec une pince droite à pupille ; je me sers ici d'un très-petit modèle. Ce lambeau, adhérent à la cornée par le limbus, et détaché de la conjonctive du globe oculaire dans une longue étendue, se laisse facilement renverser sur la cornée, et l'iris apparaît alors complétement à nu. On prend ensuite avec la même pince l'iris prolabé au milieu de la plaie où elle fait le plus saillie ; on l'attire doucement de manière qu'elle se développe sous forme triangulaire, et l'on coupe ce bout triangulaire à la base, d'un angle de la plaie jusqu'à l'autre, généralement par deux coups de ciseaux.

Remarques. — Si l'on néglige de renverser le lambeau conjonctival, on perd la certitude de le conserver en entier, et l'on risque de couper incomplétement l'iris, caché en partie par la conjonctive. Ces circonstances causent des guérisons plus lentes, de petites hernies de

l'iris dans la plaie, quelquefois des dislocations de la pupille en haut, et par exception même, de fâcheuses irritations. Cependant je ne crois pas nécessaire de tendre l'iris pour qu'il se développe davantage. La partie de l'iris qui ne se présente pas d'elle-même si l'on développe doucement le prolapsus, se retire très-bien dans sa position naturelle, après l'iridectomie, et certainement il n'y a pas de raison pour étendre l'excision de l'iris au delà de la mesure nécessaire. Si nous pouvions, sans les inconvénients mentionnés, exciser moins encore que la partie prolabée de l'iris, nous le ferions volontiers, puisque, dans notre méthode, un coloboma, même d'une largeur modérée, suffirait pour une sortie convenable du cristallin. — Nous avons supposé que l'iris fait prolapsus de lui-même. En effet, je ne l'ai pas vu autrement, sauf dans les cas de synéchies postérieures, même chez les personnes soumises au chloroforme. Le degré du prolapsus varie selon la pression intra-oculaire et musculaire ; mais pourvu que l'iris se présente dans la plaie, on n'a qu'à se servir de la pince droite. Si, par exception, il ne se présente pas, il faudrait, comme dans l'iridectomie, introduire des pinces courbes dans la chambre antérieure.

Acte III : *Discision de la capsule.* — Après avoir repris de nouveau la pince à fixation des mains de l'aide, on ouvre la capsule à l'aide du kystitome (mon modèle à lame triangulaire), courbé d'une manière appropriée, successivement dans deux directions qui partent de la partie inférieure de la pupille naturelle, et montent, l'une au bord nasal, l'autre au bord temporal de la pupille entière, jusqu'à l'équateur supérieur du cristallin.

Remarques. — On sait que dans les cataractes dures, une grande discision de la capsule offre beaucoup plus de difficultés que s'il existe une couche plus épaisse de substance corticale molle, à cause du danger de déplacer le cristallin, et de voir par suite sortir le corps vitré. On fait bien alors de choisir un kystitome à lame très-courte, et de le tenir très-incliné ; à la plus petite locomotion du corps cristallinien, on doit l'incliner encore davantage. En cas de substance

corticale molle, on peut se servir d'un kystitome à lame plus longue et le tenir en position verticale. La première des deux incisions (ou plutôt déchirures) recommandées produit, dans toute son étendue, l'effet de déchirer et de retirer la capsule. La seconde incision est sans effet dans sa première moitié, puisque l'instrument n'y trouve ordinairement plus de capsule ; dans la seconde moitié, il retire comme un rideau la partie latérale de la capsule que la première avait laissée en place jusqu'à la base de la pupille artificielle. On pourrait aussi, par cette raison, commencer la seconde incision plus haut ; mais il est difficile, surtout pour les cataractes dures, de savoir où en commence l'effet. Il me paraît extrêmement important de prolonger les déchirures de la capsule jusque dans le voisinage de l'équateur supérieur, puisque l'équateur ne se présente librement dans la plaie que sous cette condition. La sortie spontanée du cristallin (sans instrument pour le saisir), dans les formes molles, trouve sa raison surtout dans cette condition. A la place du kystitome, je me sers d'un petit crochet, quand une opacité capsulaire de grande étendue nécessite l'extraction complète ou partielle de la capsule. Lorsqu'on se sert d'un crochet pointu pour sortir le cristallin (au lieu du crochet mousse, que j'emploie ordinairement), on peut naturellement réunir cet acte avec le suivant ; quand le petit crochet a déchiré la capsule, on le retire dans cette plaie capsulaire, même jusqu'à l'équateur du noyau, pour l'enfoncer immédiatement dans la corticale postérieure.

ACTE IV : *Extraction de la cataracte ou de son noyau.*— La sortie du cristallin varie selon l'existence ou l'absence d'une couche épaisse de substance corticale molle. Quand cette couche existe, on réussit généralement à faire sortir le cristallin sans introduire d'instrument, par la pression externe seule. On prend une curette large, à feuille un peu courbe, et l'on appuie légèrement le dos de l'instrument contre la sclérotique, à l'endroit correspondant et tout près du milieu de la plaie, pour rendre cette dernière béante. Pendant cette douce pression, les masses corticales s'avancent, et le sommet du bord nucléaire commence

à se présenter. Pour faire avancer la sortie du noyau, on fait glisser le dos de la curette sur la sclérotique, en appuyant d'abord avec une pression douce et très-égale successivement d'un angle de la plaie vers l'autre, et *vice versâ;* puis, le noyau se dégageant davantage, on retire la curette sur la sclérotique, dans une ligne correspondante au milieu de la plaie de bas en haut; en même temps on appuie le bout de la curette avec une force croissante. Dès que le diamètre du noyau se présente dans la plaie, on diminue de nouveau la pression, et l'on termine la sortie en appliquant tout au plus le bout de la curette à la partie la plus avancée du bord nucléaire.

Quand il y a seulement une couche mince de corticale molle, on peut essayer également la manœuvre recommandée, « manœuvre de glissement » ; pourtant il faut l'abandonner quand on voit que le bord du noyau ne se présente pas pendant le glissement latéral. On doit alors se servir du crochet, qui doit être appliqué dès le commencement, en cas d'une cataracte complétement dure.

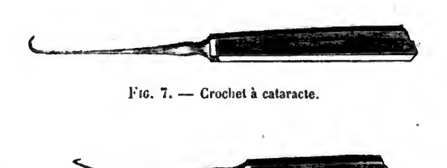


Fig. 7. — Crochet à cataracte.

Fig. 8. — Crochet à cataracte.

Le crochet mousse dont je me sers ordinairement a la forme rendue par la figure 7, et une courbure (fig. 8) telle, qu'on peut le pousser avec facilité sous le noyau

du cristallin. On introduit ce crochet, d'abord à plat dans la plaie de la capsule antérieure, puis on le retire jusqu'en deçà du bord nucléaire du même côté. En soulevant comme il faut le manche, on porte le crochet dans la direction de la corticale postérieure, et on le fait avancer dans celle-ci à plat, jusqu'à ce que le pôle postérieur du noyau soit tourné; puis on incline le manche un peu en arrière, en continuant cependant à pousser le crochet en avant jusqu'à ce qu'il soit arrivé presque au bord opposé du noyau. On tourne alors l'instrument entre les doigts autour de son axe, de sorte que le plan de la courbure du crochet soit porté de la position horizontale dans la perpendiculaire, ou, si l'on sent la résistance augmenter trop, dans une position oblique. Un doux mouvement de traction attire le noyau ou le cristallin entier vers la plaie.

Remarques. — En dehors des cataractes avec noyau et substance corticale molle, quelques autres formes encore peuvent être soumises à la manœuvre de glissement. Je compte parmi ces formes, d'abord les cataractes visqueuses des personnes arrivées à l'âge moyen, les cataractes qui ont un noyau blanchâtre, mais qui n'est pas encore scléromateux et jaunâtre. J'y compte encore les opacités corticales postérieures, qui sont composées d'une infinité de points et de taches près de la capsule postérieure, mais qui laissent souvent les autres parties du cristallin transparentes pour un temps indéterminé, et troublent pourtant la vision suffisamment pour réclamer absolument une opération. Ces formes m'embarrassèrent autrefois comme elles embarrassèrent probablement aussi mes collègues. Le choix du mode opératoire était d'autant plus difficile, que ces cataractes sont compliquées sans aucun doute par des états morbides (quand même on ne peut pas les reconnaître par l'ophthalmoscope) des membranes internes, et pour cette raison moins favorables aux opérations que les cataractes ordinaires. Les cataractes de ce genre que j'ai opérées dernièrement par la méthode recommandée, se

trouvaient, il est vrai, chez des individus de trente à cinquante-cinq ans ; chez des personnes plus âgées, on serait probablement obligé de se servir du crochet ; mais il paraît que ces formes de cataractes se développent surtout dans la période moyenne de la vie. Je dois de même recommander la manœuvre de glissement pour d'autres opacités se rapprochant jusqu'à un certain point des cataractes stratifiées, dans lesquelles une couche corticale intermédiaire se montre déjà fortement prise d'opacités striées et diffuses, tandis que le noyau reste longtemps sans participer beaucoup à la formation de la cataracte, dont la marche est d'une lenteur incalculable. Dans ces formes, la curette et le crochet, à cause de l'absence du noyau dur, passent facilement au travers, tandis que la manœuvre de pression indiquée réussit. Enfin, je recommande la même manœuvre, avec une diminution de l'étendue de la plaie, pour les cataractes du jeune âge, à substance corticale molle. J'indiquerai plus loin pourquoi j'ai abandonné l'extraction linéaire simple pour cette espèce de cataracte. — Dans les cas de cataracte non mûre que l'on veut faire sortir par la manœuvre de glissement, on fait bien, dans le troisième acte, non-seulement d'ouvrir largement la capsule jusqu'à l'équateur, comme je l'ai déjà recommandé, mais en outre d'inciser, à plusieurs reprises, dans la plaie capsulaire, la substance corticale avec le kystitome ; cette incision rend la substance du cristallin moins cohérente et plus mobile. Parfois on peut préparer cette manœuvre de glissement en introduisant un instrument spatulé, fin, dans la corticale postérieure ; on diminue alors sa cohérence par de petits mouvements latéraux. Ceci a pourtant certains inconvénients, surtout celui de détacher la couche la plus profonde de la substance corticale. Je ne puis, pour aucune forme de cataracte, conseiller d'introduire, dans la corticale postérieure, un crochet à discision, et de diviser avec cet instrument le cristallin en petites parties, d'arrière en avant, parce que les cataractes susceptibles, par la nature de leur consistance, d'un tel broiement, sortent mieux en entier par la manœuvre de glissement bien dirigée. Pour certaines formes d'une consistance intermédiaire, il n'est pas possible de déterminer d'avance, avec sûreté, si nous réussirons à faire sortir la cataracte par la simple pression. Il est vrai que nous pouvons connaître d'avance, avec une certaine exactitude, l'épaisseur de la substance corticale molle; mais quant à la souplesse et à la compressibilité du noyau, nous ne pouvons les préciser qu'approximativement. J'ai recommandé plus

haut d'essayer, pour ces cas, la manœuvre de glissement ; mais on aurait tort de la continuer plus que cela n'est raisonnable ; si, après le glissement latéral, et surtout après le premier glissement en arrière, la cataracte ne se présente pas immédiatement, il faut cesser la pression. Une augmentation forcée de la pression est facilement suivie de la rupture de la zonule ou de la fossette hyaloïdienne. Si l'essai de la pression jusqu'à la limite indiquée n'a pas de résultat, il reste aussi sans le moindre inconvénient pour l'œil; il produit même généralement une diminution de la cohérence qui prépare d'une manière favorable la manœuvre du crochet. Si, au contraire, la sortie de la cataracte est produite par la pression seule, la vulnération est réduite d'une manière plus parfaite, et l'évacuation du cristallin devient plus complète qu'après l'emploi d'un instrument quelconque. — Quant à la forme du crochet, j'ai déjà dit que je me sers de différents modèles, mais par exception seulement de crochets pointus. Il est important d'attirer l'instrument dans la plaie capsulaire assez loin pour que le bord du noyau puisse être facilement tourné en s'avançant, et qu'il n'y ait aucune pression sur la surface antérieure. Quand on s'aperçoit de la moindre dépression de la cataracte, il faut, avant d'enfoncer l'instrument, le retirer vers l'équateur plus encore qu'auparavant. Si, par hasard, une cataracte dure a été attirée vers la plaie par l'effet du kystitome (ce qui rendrait difficile ou presque impossible de tourner le bord du noyau), et que ce déplacement n'ait pas été immédiatement corrigé par le kystitome même, il devient nécessaire de repousser d'abord le cristallin (avec une érigne pointue) dans sa position centrale, avant d'introduire le crochet. — Pour l'avancement du crochet, on doit observer la même règle que pour l'avancement de la curette : adapter l'instrument aussi intimement que possible à la surface postérieure du noyau, sans déplacer ce dernier d'aucune manière. Quand on s'aperçoit que l'instrument communique un mouvement à la cataracte, on doit relever le manche ; d'un autre côté, on ne doit pas enfoncer trop profondément l'instrument, pour ne pas pousser son bord contre le feuillet postérieur de la capsule du cristallin. Il faut, pour cette raison, observer avec la plus grande attention la position de la cataracte, et ne relever le manche de l'instrument qu'autant qu'il le faut pour prévenir la communication du mouvement. — Quand il y a une quantité suffisante de substance corticale molle, l'entrée du crochet, comme je l'ai déjà mentionné

plusieurs fois, n'éprouve pas de résistance ; on peut, à cause de cela, s'avancer avec une certaine rapidité et une certaine hardiesse, pourvu que l'on reste dans la direction juste. En cas d'absence de cette couche, il s'agit de détacher, pour ainsi dire, la capsule de la partie postérieure du cristallin et de se frayer successivement un chemin entre les deux. Cette dernière condition exige un avancement délicat et lent du crochet, pendant lequel on doit suivre, le plus strictement possible, les lois mentionnées déjà pour l'introduction de cet instrument. Je trouve souvent un avantage à imprimer à l'instrument (déjà en avançant) de légers mouvements de rotation autour de son plus grand axe, tantôt en relevant le bord, tantôt retournant dans la position horizontale pour faciliter le détachement de la substance corticale de la capsule. — Aussitôt qu'on commence le mouvement de sortie avec le crochet, il est nécessaire que le bord du cristallin se présente dans la plaie, sinon on peut en tirer la conclusion que l'effet est anormal, et, avant de continuer, il faut s'orienter avec soin. Il se peut que le crochet passe à travers le cristallin, ce qui n'arrive pourtant jamais en cas de noyau scléromateux, et ce qui indique un diagnostic inexact. Généralement, dans ce cas, la cataracte dévie d'un côté, parce que la ligne de traction tracée par l'instrument, ne correspond pas au centre de gravitation de la cataracte. Il est vrai que cette exigence, mathématiquement parlant, disparaît en grande partie, dans notre méthode, à cause de la diminution des résistances que la plaie offre au cristallin. Cependant, quand l'incision n'est pas tout à fait normale, par exemple, quand l'angle nasal de la plaie n'est pas poussé suffisamment loin sous le bord sclérotical, ou si la cataracte est d'un diamètre extraordinaire, comme dans le cas de cataractes trop mûres, entièrement dures, l'observation des lois de l'équilibre est encore d'une assez grande importance. Au commencement, je manquai le mécanisme plusieurs fois, parce que je ne faisais pas assez attention à l'effet produit par la forme coudée du crochet. Il est évident que quand on introduit l'instrument coudé dans le diamètre de la cornée, et qu'on exécute ensuite la rotation pour la sortie, cet instrument ne reste plus dans le diamètre, comme le ferait un instrument droit ; il en dévie. S'il doit rester dans le diamètre en sortant, il faut choisir, pour l'entrée, une ligne de direction qui dévie du diamètre du même angle à peu près que celui de la courbure de l'axe de l'instrument. Ce que je trouve de plus pratique, c'est d'appliquer

le crochet, avant de l'introduire dans la plaie, à la surface externe de la cornée, dans la même position que celle qu'il doit avoir en sortant; puis de lui imprimer un mouvement de rotation à plat, et d'exécuter dans cette position le mouvement d'entrée. Quand, par une faute quelconque, l'équilibre est dérangé, on le saura immédiatement, comme je l'ai déjà mentionné, quand la cataracte ne se présentera pas immédiatement dans la plaie. Continuer la traction dans une fausse direction, a pour seul résultat de faire dévier le cristallin de plus en plus vers le côté, et de rompre le corps vitré. On doit plutôt suivre la cataracte par un mouvement latéral approprié à la circonstance, essayer de légers mouvements de traction dans la nouvelle position, et les continuer seulement si l'on observe que la cataracte se présente de la manière convenable dans la plaie. Si l'on ne réussit pas à réparer la faute et à saisir la cataracte de cette manière, on doit prendre une curette ou une érigne aiguë que l'on enfonce dans la partie postérieure du cristallin en abandonnant ainsi naturellement une partie des avantages du procédé. Si le corps vitré s'écoule, on fera mieux de prendre une curette qui saisisse sûrement; elle trouve son chemin libre, et doit naturellement être introduite dans la direction de la déviation du cristallin. Quand, après les applications normales du crochet mousse, la sortie est tellement avancée que le noyau se présente par un diamètre, il faut retirer le crochet en relevant le manche, et faire glisser son extrémité de bas en haut sur la sclérotique; elle entraîne ainsi facilement la cataracte, et ce mouvement me paraît aussi le plus favorable pour faire suivre aussi complétement que possible la substance corticale, et ne pas en perdre pendant qu'elle traverse la plaie.

Acte V : *Nettoyage de la pupille et coaptation de la plaie.* — Si, après la sortie du noyau, des parties de la substance corticale sont restées en arrière, comme cela arrive dans la plupart des cas, on doit les faire sortir par de légers mouvements de pression et de glissement exécutés sur les paupières, avec le bout du doigt. Pour ces mouvements, on doit observer toutes les règles prescrites dans la technique de l'opération à lambeau. Dans des cas exceptionnels

seulement, on doit entrer dans la plaie avec de petites curettes pour écarter des parties particulièrement adhérentes à la capsule. Quant à des couches très-minces et diaphanes intimement liées à la capsule, il vaut quelquefois mieux les laisser que de les faire sortir par une pression trop prolongée; en général, pourtant, il est de grande importance de retirer la substance corticale le plus soigneusement possible. — Pour terminer, il faut enlever de la plaie les caillots de sang, et faire glisser doucement de haut en bas, sur le lambeau conjonctival, la convexité d'une petite pince courbe pour faire sortir le pigment irien et de petits débris de la substance corticale cachés sous ce lambeau. Cette manœuvre lissera en même temps d'une manière convenable le lambeau et l'adaptera à l'épisclère.

Remarques. — L'effet produit par les masses corticales qui restent dans l'œil est certainement différent suivant les différentes formes de cataractes; mais nos connaissances sous ce rapport laissent beaucoup à désirer. Cet effet est surtout à craindre pour les formes de cataractes trop mûres (ratatinées), pour les cataractes corticales postérieures, et pour les opacités stratifiées. Dans l'impossibilité où nous sommes de déterminer d'avance, avec sûreté, l'influence de ces masses corticales, et comme, dans les cas les plus favorables même, une grande quantité de ces masses, qui resterait dans l'œil, retarderait la guérison, le principe de nettoyer soigneusement la pupille est certainement justifié. D'un autre côté, il faut éviter, pour le nettoyage de la pupille, tous les inconvénients que nous avons signalés pour la sortie du noyau. L'introduction répétée des curettes, faite même avec le plus grand soin, est à redouter. Je crains moins, dans ces manœuvres, l'irritation du canal de la plaie, quoiqu'elle ne soit pas indifférente, que la pression de l'instrument contre la couche cellulaire de la capsule et de la membrane de Descemet. Aussi je fais mon possible pour nettoyer la pupille avec de simples manœuvres de pression et de glissement, et je réussis à peu

d'exceptions près. On peut attendre aussi quelques minutes jusqu'à la nouvelle formation d'une couche mince d'humeur aqueuse, puis exécuter de légères frictions concentriques à travers la paupière pour dégager les parties corticales de la capsule, et surtout du repli capsulaire, et les préparer ainsi à la sortie par la pression indiquée. Malgré toute l'importance de la sortie complète de la substance corticale, on ne doit pas oublier que les couches minces et interrompues ne provoquent généralement pas d'accidents, mais retardent seulement un peu la guérison ; il serait donc imprudent de prolonger, pour cela, les manœuvres d'une manière exagérée, ou même de s'exposer à une rupture du corps vitré. Quand il s'agit au contraire de grands amas, je conseille toujours de les enlever ; et, dans le cas où ces amas, comme dans les cataractes trop mûres et desséchées, n'auraient aucune mobilité sous la pression, je conseillerais d'employer une curette à bord moyen. Quand la cataracte n'est pas mûre, il faut explorer avec beaucoup de soin, et même en se servant d'un verre grossissant, le champ pupillaire, pour ne pas laisser des masses corticales transparentes. — Si une partie du corps vitré est sortie, ou s'il en sort pendant qu'on essaye d'ôter la substance corticale, celle-ci est beaucoup plus difficile à enlever ; il faut cependant persister tant qu'il en reste beaucoup. Il y a certainement moins d'inconvénients à perdre un peu plus du corps vitré et à sortir complétement la corticale qu'il n'y aurait d'avantages à laisser l'un et l'autre. Je crains seulement l'introduction répétée de curettes dans le corps vitré rompu ; cette introduction devient trop facilement la cause d'opacités épaisses du corps vitré (opacités inflammatoires de la substance), qui, il est vrai, sont parfois résorbées, mais qui parfois aussi entrent en suppuration et compromettent le résultat. Après la perte du corps vitré, on fait bien de fermer les yeux du malade, d'attendre une minute ; puis de réunir les restes de la substance corticale en faisant des frictions à travers les paupières, et de les faire sortir alors naturellement avec un peu de substance vitrée, en pressant avec les doigts ou en employant la manœuvre de glissement indiquée. Quand ces moyens ne réussissent pas, on peut introduire une curette plus large ; mais on tâchera d'atteindre le but d'un seul coup, et de ne pas réitérer ces introductions. Si, après la rupture de la fosse hyaloïdienne, la plaie contient de la substance du corps vitré, je ne crois pas nécessaire de l'enlever avec les ciseaux, comme quelques praticiens expérimentés l'ont

prescrit. Un tel procédé pourrait amener ici, comme dans l'extraction à lambeau, de nouvelles masses de corps vitré, et, finalement, ne produirait pas un contact plus intime des bords de la plaie que par un plus grand collapsus du globe. Cependant ce dernier doit être évité, si cela est possible, et il vaut mieux appliquer immédiatement le bandeau compressif pour coapter les bords de la plaie. Au-dessous de ce bandeau, la substance qui a fait le prolapsus est, en effet, bientôt étranglée dans la plaie, et il ne reste, comme résidu de la métamorphose du tissu, que de petits filaments muqueux qui se détachent spontanément. Les conditions sont autres dans quelques cas exceptionnels : sans sortir de l'œil, le corps vitré se montre dans la plaie avec la forme convexe de la membrane hyaloïde non rompue, et il en tient, pour ainsi dire, les bords béants. Dans l'extraction à lambeau, cet état exige absolument la ponction du corps vitré, sans laquelle la hernie hyaloïdienne, qui n'a pas de tendance à se retirer, ne disparaît pas, et la guérison de la plaie reste en danger. Dans notre méthode, je n'ai observé cet état qu'une fois ; j'ai laissé le corps vitré pendant quelques jours, après lesquels je fus obligé de ponctionner, parce que les bords de la plaie ne se rapprochaient pas. Je reviendrai plus tard à ce cas qui, d'ailleurs, guérissait très-bien. Le lambeau conjonctival a une grande tendance à s'adapter; quand même, momentanément, il se plie et se décolle de l'épisclère, il s'y applique bientôt sous l'influence du bandeau compressif et de la légère tension congestive. Je ne trouverais, par conséquent, aucune raison pour l'application de sutures, à laquelle ce lambeau pourrait inviter à priori, et je verrais dans leur usage plus d'inconvénients que d'avantages.

Je n'ai que peu de choses à dire sur le traitement qui suit l'opération. On applique le bandeau compressif ordinaire, que l'on renouvelle pour la première fois cinq ou six heures après l'opération; on le renouvelle ensuite deux fois par jour (ou même une seule fois). Par rapport à la lumière, il faut prendre, pendant les premiers jours, les précautions usitées après les opérations sur les yeux. On doit recommander le repos, mais moins rigoureuse-

ment pourtant qu'après l'opération de l'extraction à lambeau. Au besoin, les malades peuvent déjà passer les premiers jours hors du lit. Dans le régime, on peut permettre tout ce qui n'échauffe pas et ne rend pas nécessaire le mouvement des mâchoires. Dès le deuxième jour, j'instille (généralement deux fois par jour) de l'atropine, pour empêcher surtout les adhésions des deux coins du sphincter avec le sac capsulaire. Je retarde ces instillations dans les cas où la sécrétion conjonctivale est augmentée par un catarrhe préexistant ou a une tendance à augmenter après l'opération. En cas d'accidents, un examen fait avec précaution (toujours à la lumière artificielle), mais pourtant attentif, doit décider si les accidents ont leur point de départ dans la plaie, la cornée, l'iris ou les cellules capsulaires. Le traitement est conforme aux règles en vigueur après d'autres opérations. En général, on n'observe que rarement des écarts dans la marche normale, sur laquelle je reviendrai en parlant des résultats obtenus jusqu'ici.

V

Accidents durant l'opération. — Usage du chloroforme.

L'histoire des accidents qui surviennent pendant une opération coïncide, pour la plus grande partie, avec l'énumération des fautes commises dans le manuel opératoire. Pour cette raison, nous avons déjà nommé la plupart de ces accidents dans la description détaillée du

procédé. J'ajoute seulement encore quelques observations, qui doivent compléter et récapituler ce que j'ai déjà dit dans le chapitre précédent.

Si pendant l'application de l'élévateur à ressort ou des pinces à fixation, le malade se débat beaucoup ou comprime fortement les paupières, on fait mieux d'employer le chloroforme. Quand on a mal choisi le point de ponction par rapport au bord de la cornée, et que le couteau est déjà entré dans la chambre antérieure, on doit le retirer et s'abstenir pour le moment de faire l'opération. La plaie, extrêmement insignifiante, est bientôt guérie, et, après peu de jours, on peut recommencer l'opération. Si, au contraire, la pointe du couteau n'est pas encore dans la chambre antérieure, on peut naturellement continuer, en choisissant un nouveau point de ponction, après avoir retiré l'instrument. Si le point de ponction est à la juste distance du bord de la cornée, mais trop haut ou trop bas, on peut compenser cette différence par le choix du point de contre-ponction, sans changer la grandeur de l'incision; il n'en résulte d'autre inconvénient qu'une légère déviation du coloboma, qui, selon la prescription, devait être dirigé droit en haut.

Quand on a conduit la pointe du couteau vers un endroit de ponction autre que celui qui est prescrit, il faut s'en apercevoir, en tout cas, avant que la pointe perce le bord sclérotical. On peut alors retirer la pointe du couteau jusque dans la chambre antérieure, pour la diriger ensuite vers le vrai point de contre-ponction. Ce mouvement peut même être exécuté ici en toute tranquillité, puisque le couteau, par sa forme, même en se retirant, ne laisse pas passer facilement l'humeur aqueuse. Il est connu que dans

l'extraction à lambeau, au contraire, le mouvement analogue doit être effectué rapidement et avec le moins d'étendue possible. — Il se pourrait que les imitateurs de mon procédé trouvent quelques difficultés les premières fois pour terminer le lambeau conjonctival; cependant on les évitera toujours, si l'on s'habitue à diriger le couteau, après avoir traversé le bord sclérotical, en avant et en bas, avec un mouvement hardi de va-et-vient. On pourrait éviter ces difficultés, et mesurer avec plus d'exactitude encore la forme du lambeau conjonctival, si on le terminait avec les ciseaux; cependant je n'attache pas d'importance à la petite différence de forme du lambeau, et je crois inutile un changement d'instrument.

Je n'ai guère vu d'épanchements gênants de sang. S'ils surviennent, je conseille de fermer l'œil après la section pendant quelques minutes, de presser assez vigoureusement de la charpie contre les paupières, puis d'écarter les bords de la plaie avec la curette de Daviel, et d'exercer indirectement, à travers la paupière, une légère pression sur la surface externe de la cornée. Le sang sort, en général, facilement de l'incision prescrite. — Cette opération ne présente rien de remarquable, quant aux accidents qui surviennent, pendant les deuxième, troisième, quatrième et cinquième actes.

Je veux seulement donner quelques détails sur les causes du prolapsus du corps vitré. Ces causes sont :

1° Une incision anormale. Une incision trop périphérique, qui permet à la zonule de se présenter à côté du bord cristallinien, dispose directement au prolapsus du corps vitré. Toute anomalie de la plaie peut y disposer indirectement, en modifiant les résistances et les conditions de

l'équilibre de la cataracte. Si, par exemple, la contre-ponction n'est pas assez périphérique sous le bord scléro-tical, il s'y forme, au commencement de la sortie, un point de résistance qui devient un centre de rotation. Pendant ce mouvement rotatoire et pénible de sortie, le cristallin perd non-seulement plus de substance corticale, mais il presse d'un côté sur la capsule équatoriale et la rompt facilement.

2° Un manque de prudence en coupant l'iris: si, par exemple, une des pointes des ciseaux ou leur convexité exerce une pression trop forte dans la direction de la zonule.

3° L'effet du kystitome dans les cas de cataractes dures. Quand l'instrument s'enfonce dans la substance résistante du cristallin, ce qu'il faut éviter, il communique chacun de ses mouvements à la cataracte, qui alors tend la zonule et la rompt facilement. De plus, en dehors de cette lésion directe, il produit facilement pendant le quatrième acte une dislocation dangereuse du cristallin. Si le cristallin est déplacé du côté de la plaie, le crochet ne trouve plus son chemin dans la substance corticale postérieure, il est poussé vers le bord qu'il aurait dû contourner, et change la position du cristallin. Si, au contraire, la cataracte est déplacée du côté opposé, le crochet, au lieu d'aller dans la substance corticale, est poussé trop facilement derrière la capsule, et ouvre ainsi le corps vitré. Les moyens de prévenir ces inconvénients ont été déjà indiqués.

4° Une pression trop forte pendant la manœuvre de glissement pour forcer la présentation du cristallin.

5° La lésion directe de la fossette hyaloïdienne par la manœuvre du crochet (mauvaise direction), et, plus fré-

quemment encore, l'asymétrie des résistances qui s'opposent à la sortie du cristallin; la cataracte glisse alors vers le côté, et rompt par cela même la capsule équatoriale ou postérieure. J'ai déjà traité plus haut ce point, ainsi que le précédent.

6° Des états morbides préexistants dans l'œil. Il n'y a pas de doute que, dans les affections de la choroïde et du corps vitré qui forment assez souvent le point de départ des cataractes, la zonule est souvent atrophiée ou même détruite en partie. Ce n'est que parfois que cet état se trahit par le tremblement de la cataracte, symptôme qui, probablement, ne peut se montrer qu'après une destruction de la zonule dans une partie plus étendue. Dans d'autres cas, où ce signe manque complétement, il peut arriver que le corps vitré sorte déjà pendant l'incision de la cornée (1), sans que ni le malade ni l'opérateur aient quelque chose à se reprocher. Ici il faut supposer des défectuosités préexistantes dans la zonule, peut-être dans une très-petite partie de son étendue. En dehors des complications que causent les affections de la choroïde et du corps vitré, la nature de la cataracte même peut fournir une disposition au prolapsus du corps vitré par des altérations dans les attaches naturelles du cristallin à la zonule et à la fossette hyaloïdienne. Ceci se rencontre dans quelques cas de cataractes trop mûres, ratatinées, puis dans les cataractes corticales postérieures, stationnaires, et dans de certaines opacités stratifiées que j'ai déjà mentionnées.

7° Une pression intra-oculaire relativement trop forte

(1) Je n'ai pas encore observé ce fait dans l'opération en question, mais plusieurs fois dans l'extraction à lambeau.

(quand même encore physiologique), la forte contre-pression du muscle orbiculaire sur l'hémisphère antérieur, la pression des muscles oculaires sur la zone équatoriale, ou celle du tissu graisseux orbitaire sur l'hémisphère postérieur du globe. Il est connu que cette disposition est beaucoup plus grande dans les yeux proéminents, qui ont les paupières tendues, que dans les yeux enfoncés qui ont les paupières relâchées.

8° Souvent la force trop grande de contraction musculaire volontaire, ou, comme on dit quelquefois à tort, « une conduite déraisonnable du malade ». Il est facile de comprendre que, dans ces cas, l'énergie disparaît devant l'irritabilité qui existe à différents degrés chez les différents individus. Il appartient en partie à l'opérateur de profiter, pour les actes de l'opération qui sont surtout dangereux par rapport à la sortie du cristallin, des intervalles entre les contractions musculaires ; cependant ce choix ne réussit qu'imparfaitement dans de certaines circonstances.

Si nous analysons les cas de prolapsus du corps vitré, nous trouvons qu'ils résultent généralement de plusieurs causes. Une plaie trop périphérique (1) n'aurait pas conduit au prolapsus du corps vitré, si en même temps le malade n'avait pas trop pressé son œil (8). Une pression un peu trop forte pendant la manœuvre du glissement (4) n'aurait pas eu de suites fâcheuses, s'il n'avait préexisté une anomalie de la zonule causée par la forme de la cataracte (6), etc. En général, on peut supposer que les contractions musculaires volontaires sont toujours un facteur principal, sans lequel la plupart des autres causes resteraient sans effet. J'ai déjà admis plus haut que dans la

situation recommandée pour la plaie, la disposition au prolapsus du corps vitré est en général plus grande que dans les incisions par le couteau lancéolaire. Il faut, en outre, remarquer que toute opération faite en haut provoque dans l'œil une pression relativement plus forte, lorsque la contraction du muscle droit supérieur, inséparable de l'intention du malade de fermer ses paupières, doit être vaincue par un effet opposé des pinces à fixation. D'après ces considérations, il est tout naturel, dans notre procédé, de vouloir éliminer par l'anesthésie les contractions musculaires qui sont le facteur le plus nuisible par rapport au prolapsus du corps vitré.

Les convictions de nos collègues sur les dangers et les inconvénients d'une narcose complète par le chloroforme serviront à décider s'ils veulent employer l'anesthésie dans tous les cas, ou seulement dans de certaines conditions. Il va sans dire que nous ne pouvons pas faire usage ici d'une narcose incomplète, comme je la trouve suffisante pour l'opération du strabisme. C'est une chose toute différente de vouloir seulement épargner au malade l'impression désagréable d'une opération, ou de vouloir neutraliser complétement l'activité musculaire. Quand nous avons cette dernière intention, un état qui détruirait l'influence de la volonté sans immobiliser le malade nous serait moins favorable qu'un réveil complet. J'ai employé jusqu'ici l'anesthésie dans un petit nombre de cas seulement (7 sur 69), d'où il résulte qu'elle n'est certainement pas de nécessité absolue pour le succès ; mais je ne doute pas, comme je l'ai déjà dit, que le chiffre des prolapsus du corps vitré (jusqu'ici 1 pour 7) ne devienne beaucoup plus réduit par l'emploi plus fréquent du chloroforme. Il

est vrai que parmi les sept personnes narcotisées, j'ai noté aussi un prolapsus du corps vitré; cependant le malade, âgé de soixante-dix-huit ans et très-infirme, n'était pas arrivé à une anesthésie complète.

Jusqu'ici il était d'usage chez moi de narcotiser seulement les malades timides, ou ceux qui, à l'application de la pince à fixation, se débattaient outre mesure. Malheureusement, l'intensité des contractions musculaires produites par l'irritation des parties sensibles de l'œil ne peut guère être prévue. Le moyen recommandé par Critchett, de palper auparavant le cul-de-sac conjonctival avec le bout du doigt pour évaluer l'irritabilité, peut bien nous donner quelques indications, mais ne nous garantit pas des erreurs. Nous recevons déjà des indices un peu plus certains pendant l'application des pinces à fixation; seulement, il y a des individus chez lesquels l'irritabilité n'augmente que durant l'opération. Le moyen le plus sûr serait donc de narcotiser tous les malades, si nous pouvions faire abstraction des craintes que donne une narcose complète. Je n'ai eu, parmi plus de 7000 narcoses (surtout pour les opérations de strabisme et des paupières), aucun cas de décès à déplorer; mais j'avoue volontiers qu'à peine un quart des opérés avec chloroforme était complétement narcotisé, c'est-à-dire sans réaction; d'ailleurs, je cessais définitivement la continuation de la narcose aussitôt qu'une circonstance quelconque pouvait faire naître la moindre inquiétude. Si un chirurgien, dans des opérations qui causent des douleurs si fortes, qu'elles sont à la limite de ce que nous pouvons faire supporter à un homme, a à déplorer un malheur parmi 4000 narcoses environ, il peut tranquilliser sa conscience en pensant aux souf-

frances qu'il a épargnées à tant d'autres malades. Dans les opérations sur les yeux, les douleurs sont si peu intenses, qu'un homme d'énergie moyenne les supporte facilement, et pourtant les dangers d'une narcose complète sont les mêmes.

D'après ces considérations, je ne peux me décider en général, pour les opérations sur les yeux, à employer le chloroforme que dans les circonstances suivantes :

1° Si une très-légère narcose, ou plutôt un engourdissement, que je considère sans aucun danger, suffit à nos intentions (strabotomie, petites opérations sur les paupières, etc.).

2° Si le malade est tellement craintif, qu'il ne peut se décider à l'opération sans chloroforme, ou que l'idée de l'opération lui fait perdre toute énergie.

3° Si l'anéantissement des contractions musculaires volontaires peut fournir des avantages essentiels au but de l'opération.

Notre procédé pourrait, en effet, offrir des circonstances qui indiquent, selon (3), l'usage des anesthésiques; cependant l'avenir seul doit décider s'il y a une différence assez tranchée entre les résultats, avec ou sans narcose, pour se prononcer en général dans le sens de son application. Jusque-là l'usage restreint du chloroforme, peut-être dans une mesure un peu plus large que je ne l'ai fait, serait justifié.

VI

Résultats que le procédé a fournis jusqu'à présent.

Si je communique maintenant les résultats de guérison que j'ai obtenus, ce n'est pas dans l'intention d'en tirer des conclusions statistiques. Qui n'a pas vu s'évanouir les illusions par lesquelles le hasard nous trompe, quand une série de succès nous remplit de joyeuses espérances et entraîne l'esprit à croire nos opérations en dehors de toute incertitude. Ici, comme dans la vie, les périodes de tempête suivent les jours de soleil, et nous retombons promptement, des châteaux imaginaires où nos rêves nous avaient transportés, dans les modestes habitations dont les fenêtres ne sont pas toutes tournées du côté du bonheur. Ce n'est que sur un très-grand nombre, je dirai presque une masse de chiffres, que nous pouvons baser des proportions moyennes. Il m'est arrivé aussi, lorsque je faisais seulement des extractions à lambeau, d'opérer quinze à vingt cataractes de suite sans accidents remarquables, et une fois j'ai même eu le bonheur de faire, dans ma clientèle privée, presque cinquante extractions sans perdre un seul œil. Ensuite venaient des périodes de malheur, de sorte que la proportion générale arrivait toujours à 7 pour 100 de perte (voyez page 20). Pourtant, si, d'après ces considérations, un petit nombre d'opérations n'a qu'une valeur douteuse pour la statistique des résultats, il peut décider de la valeur comparative de plusieurs procédés, dans le cas de

très-grandes différences dans leurs effets. Par exemple, si, par une méthode, on perdait sur cent opérations un œil, et que par une autre méthode on en perdît sept, on n'hésiterait pas à déclarer que la première est la meilleure, sans se permettre un jugement statistique sur les succès définitifs de chacune de ces méthodes. La proportion des yeux perdus après continuation des expériences ne serait peut-être plus de 1 à 7, mais, selon toute probabilité, elle ne sera jamais identique. La série dont je dispose fournit des différences qui suffisent pour tirer certaines conclusions avec de grandes probabilités. Voyons d'abord les faits :

Je faisais l'opération pour la première fois, le 19 mai 1865, sur une femme âgée de soixante-trois ans, et depuis ce jour jusqu'à aujourd'hui, commencement d'août, 69 à fois 54 individus, c'est-à-dire à tous les cataractés qui se présentaient à la clinique pour être opérés, à l'exception des personnes très-jeunes, et des malades avec cataractes traumatiques, chez lesquels la discision paraissait indiquée. Le temps des chaleurs, dans lequel tombent presque toutes ces opérations, était en général plus fatal à l'extraction à lambeau que le reste de l'année. Dans les onze années sur lesquelles je possède les notes, deux seulement n'offrent pas de différence sous ce rapport. Il faut ajouter que, dans l'année 1865, la chaleur d'été existait déjà au mois de mai, et qu'en juin et juillet, nous avons eu un nombre extraordinairement grand de jours très-chauds. J'ai à mentionner encore que parmi ces 69 opérations, 8 seulement ont été faites dans des chambres particulières, 61 à l'hôpital ; tandis qu'ordinairement chez nous, parmi 7 cataractés, 2 se trouvent dans des chambres particulières,

5 à l'hôpital. Il résulte de la statistique de mes extractions par lambeau (voyez page 20), que les opérations dans les chambres particulières donnent des résultats beaucoup plus favorables que dans les salles d'hôpital; je suppose que ce succès est dû à un meilleur état de santé des individus, et peut-être aussi au meilleur air qu'ils respirent (1).

Malgré ces circonstances peu favorables, je n'ai pas eu à déplorer, parmi tous les yeux opérés, un seul insuccès complet. Aucun œil n'a été privé de la perception de lumière par une suppuration ou par une iridocyclite délétère; aucun n'a été mis dans un état qui aurait fait déclarer improbable le succès d'une opération ultérieure, c'est-à-dire presque perdu.

Le plus mauvais effet s'est trouvé chez une femme de cinquante-neuf ans (madame Sophie Beneke, opérée le 12 juin), qui, après une opération tout à fait normale et une très-bonne guérison, s'est donné, le quatrième jour, en ôtant le bandeau, un coup contre l'œil avec le bout du doigt; immédiatement elle éprouva une douleur violente et du larmoiement. Six heures après, je trouvais une tuméfaction sous-conjonctivale et une sécrétion assez abondante en raison d'un commencement d'inflammation purulente de la plaie. A la sortie de la malade, cinq semaines après l'opération, la cornée était complétement transparente,

(1). A cette occasion, je mentionne une observation qui serait peut-être à étudier pour la pratique dans les salles des hôpitaux, où l'espace cubique n'est pas suffisant pour le nombre des lits (moins de 600 pieds cubes par lit), et dont l'aération, pour des raisons locales, est imparfaite. Il est presque constant que la température des malades est le matin plus élevée de quelques dixièmes de degré centigrade qu'elle ne l'est le soir, tandis qu'il est connu que généralement la température du soir est plus haute que celle du matin. Il me semblait aussi que dans ces mêmes salles il y avait relativement plus de guérisons imparfaites.

mais l'iritis consécutive avait produit une occlusion de la pupille. La perception quantitative de lumière était précise (elle reconnaît n° 1 du disque lumineux gradué), la projection était juste dans toutes les directions, et la malade pouvait indiquer le nombre des mains qu'on lui présentait. Je crois, à cause de cela, que les chances d'une opération consécutive (iridectomie, et plus tard discision de la capsule) ne sont pas mauvaises pour cette malade, et je laisse à la volonté du lecteur de compter ou d'exclure ce cas, dont l'insuccès momentané n'est qu'en rapport indirect avec l'opération.

Je dois ajouter à cette malade une autre dont l'état des deux yeux ne présente qu'un résultat très-imparfait. Elisabeth Keim, âgée de trente-sept ans, très-maigre, pâle, infirme et disposée à des évanouissements, se présenta avec deux cataractes corticales molles qui ne montraient que quelques traces d'un noyau blanchâtre. Le 29 mai, l'œil gauche fut opéré. C'était une des premières opérations que je faisais avec ce procédé, et j'avais encore l'opinion erronée qu'il était possible d'opérer ces formes molles avec de larges crochets mousses. Un crochet de ce genre coupa la cataracte en travers ; il en fut de même de la curette de Critchett, que j'appliquai après. J'employai alors (au lieu de le faire dès le commencement) la manœuvre de glissement qui fut accompagnée de la sortie du corps vitré, car les parties du cristallin étaient dispersées, peut-être même la capsule postérieure était-elle déjà blessée. Enfin, je réussis à faire sortir complétement la substance corticale, mais seulement après avoir introduit trois fois de petites curettes dans le corps vitré rompu. Cette opération très-anormale ne fut pas suivie de gué-

rison irrégulière de la plaie, ni d'iritis, mais d'une infiltration du corps vitré accompagnée de chémosis séreux. A l'éclairage oblique, on voyait facilement les masses jaunâtres dans la partie antérieure du corps vitré. Au début, la faculté visuelle était aussi presque abolie, de sorte que la malade, après deux semaines, voyait à peine les mouvements d'une main (1). Après ce temps, le corps vitré s'éclaircit peu à peu, et la force visuelle, selon toute probabilité, serait devenue satisfaisante, si, à partir de la quatrième semaine, le champ pupillaire n'eût pas été masqué par une iridophakite lente venant s'ajouter à l'affection du corps vitré. Six semaines après l'opération, la malade ne comptait les doigts qu'à quatre pieds de distance; la consistance du globe et le champ visuel étaient à l'état normal. Cette diminution de force visuelle s'explique par les opacités pupillaires, de sorte qu'on peut supposer que l'affection du corps vitré n'a laissé que des traces légères, et qu'on peut attendre d'une opération consécutive une vision meilleure. — L'œil droit fut opéré le 26 juillet, lorsque je connaissais déjà mieux le mécanisme du procédé, et la cataracte sortit pendant la manœuvre de glissement, appliquée cette fois dès le

(1) La projection d'une bougie présentée à cette malade était au commencement très-peu distincte ; dans quelques directions même, elle était complétement défectueuse. Il est probable que ce symptôme était dû en grande partie à la diffusion très-forte de lumière produite par l'infiltration du corps vitré. Ce symptôme ne paraît pas dépendre d'une insensibilité temporaire de certaines parties de la rétine, car j'ai trouvé, dans quelques cas analogues d'infiltration du corps vitré après blessure, les phosphènes tout à fait comme à l'état normal. Si l'affection se communiquait du corps vitré à la rétine, les couches internes des tubes nerveux ne pourraient pas rester libres, et par conséquent les phosphènes devraient être interrompus. Le trouble de projection dans l'infiltration du corps vitré est en effet un symptôme d'importance grave, mais il n'exclut pas un rétablissement complet.

début, de la manière la plus légère et la plus parfaite. L'opération pouvait être considérée comme une opération modèle. Malgré cela, il se développa une iritis très-vive, et, quoique les circonstances eussent été plus favorables pour cet œil que pour l'œil gauche, une opération consécutive sera nécessaire pour améliorer la force visuelle (la malade ne commençait à compter les doigts que vers la fin de la seconde semaine). Je crois que dans ce cas nous avons à accuser l'état général de la santé comme cause de l'imperfection de la guérison (1).

(1) Je suis étonné que des confrères expérimentés continuent à douter de ces influences. Si je prétends que la constitution décrépite est une des principales causes des mauvaises guérisons, je ne nie pas que les altérations matérielles des vaisseaux et du tissu de l'œil, peut-être même des particularités de la cataracte, ne forment, pour la plus grande partie, l'intermédiaire entre cette cause générale et ce qui se passe pendant la guérison. Mais quand même nous voudrions reconnaître dans ces altérations locales préexistantes (et malheureusement encore peu connues), chez les individus pris de marasme, la cause des mauvaises tendances pendant la guérison, il est mis hors de doute par de nombreux faits cliniques que les affections, et par conséquent aussi les plaies de la cornée, sont soumises aux influences de la nutrition et de l'innervation. On a observé que l'état général influence quelques opérations et n'agit pas sur d'autres ; cela ne doit pas plus nous étonner que les faits analogues pour des blessures à la surface du corps. La guérison d'une petite blessure insignifiante est certainement plus indépendante de l'état général de santé qu'une blessure plus étendue dont la guérison exige un concours plus prononcé des forces générales du corps. En conséquence, nos études doivent avoir pour but de modifier les opérations de manière que les guérisons deviennent toujours plus indépendantes de l'état de santé. — On revient toujours à l'argument que l'influence générale devrait se faire sentir dans les deux yeux, tandis qu'il arrive fréquemment, dans les cas de marasme, que la guérison après l'extraction à lambeau réussit parfaitement dans un œil, et ne s'opère pas dans l'autre. Il ne résulte pas autre chose de ce fait incontestable, que la proposition connue : la cause générale est excitée ou abattue par la présence de conditions locales. Abstraction faite de ce que la cataracte ne se montre que rarement dans les deux yeux sous une forme identique et dans la même phase, les altérations produites par le marasme ne sont jamais régulièrement partagées par tous les organes et même également par les deux parties du corps. Il correspond parfaitement avec mes observations de supposer pour l'œil, dans lequel la cataracte s'est montrée le plus tard, le moindre degré de marasme. En effet, la guérison est, toutes choses égales, plus favorable dans cet œil que dans celui qui le premier avait été atteint de la cataracte, comme je l'ai déjà dit dans une autre occasion.

Le troisième cas de guérison imparfaite s'est présenté chez une femme âgée de soixante-sept ans, excessivement timide et souffrant de troubles gastriques (van der Berg, opérée le 29 mai). La cataracte dure était sortie complétement à la première traction avec le crochet. Il se montrait — la malade était narcotisée — un collapsus extrême de la cornée, ainsi qu'un peu d'hémorrhagie (*ex vacuo*) dans la chambre antérieure. Le second jour, une opacité assez forte (jaune, couleur de pus) se montrait dans les couches profondes de la cornée, le long de la pupille artificielle, et en même temps une iritis se produisait. Après la guérison de cette affection (la malade quitta l'hôpital après cinq semaines), la cornée était tout à fait transparente ; la pupille cependant était tellement couverte d'exsudations iriennes, que la malade pouvait compter avec $+ 3 \frac{1}{2}$ les doigts à dix pieds seulement, et déchiffrait péniblement avec + 2 n° 15 (Jaeger). Quoiqu'on puisse s'attendre à une amélioration successive, il est probable que pour obtenir une bonne vision, une opération ultérieure sera nécessaire. L'orientation est d'ailleurs parfaitement libre, et je ne crois pas que la malade, très-timide, se décide à cette seconde opération.

Enfin, j'ai à mentionner parmi les cas imparfaitement guéris une femme âgée de quarante-six ans (Caroline Merker), que j'ai opérée des deux yeux le 19 juin. Les deux cataractes étaient molles, et, comme chez la femme Keim, avec une indication très-faible d'un noyau blanchâtre. A droite, j'essayai d'abord le crochet, qui coupa le cristallin en travers, et j'employai alors immédiatement la manœuvre de glissement. A l'aide de celle-ci, le cristallin sortit, mais l'expulsion des masses corticales fut excessivement péni-

ble, et un petit fragment qui était fortement déplacé fut laissé dans l'œil. Je présume que c'est l'introduction, évidemment inutile, du crochet qui avait causé cette difficulté, car à gauche, où la cataracte avait le même aspect et où j'employai immédiatement la manœuvre de glissement, toute la cataracte sortit facilement et complétement. La guérison de ce dernier œil fut tout à fait normale; à droite, au contraire, une opacité jaunâtre de l'épithélium capsulaire se développa autour du fragment de corticale resté dans l'œil, et une iritis circonscrite se montra. Après la guérison de ces affections, le champ pupillaire était en grande partie masqué par une cataracte secondaire, qui, quoique mince, gêna la vue d'une manière assez sensible pour réclamer une opération ultérieure.

Voilà les cinq cas (sur quatre malades) dans lesquels le résultat doit être complété par une seconde opération. Cependant tous, sauf l'œil de la femme Beneke, jouissaient déjà d'une certaine vision qualitative.

Si nous montons maintenant l'échelle selon l'étendue des forces visuelles obtenues, j'aurai à mentionner un malade âgé de soixante-dix ans (Carl Zittelmann, opéré le 26 juin), chez lequel, probablement à cause d'une manœuvre inexacte du crochet, le cristallin dévia sur le côté, et fut extrait après au moyen de la curette, avec prolapsus du corps vitré, tandis qu'une partie considérable de substance corticale restait dans l'œil. La guérison de la plaie se fit normalement. Une légère irritation causée par le gonflement de la substance corticale passa dans la première semaine, mais le malade était, en quittant l'hôpital, encore tellement gêné par les restes de substance corticale et par de légers dépôts sous la capsule (il lisait, après quatre se-

maines seulement, n° 15 de Jaeger) que je trouve dans mon journal la note suivante : Apparemment la discision de la capsule sera indiquée plus tard. — Chez un israélite de soixante-dix-huit ans (Pollakof, opéré le 12 juin), dont les deux yeux, excessivement enfoncés, montraient une cataracte de Morgagni mûre au moins depuis dix ans, il arriva que, malgré l'emploi du chloroforme, le malade ne put être narcotisé et se débattit avec violence ; le corps vitré faisait déjà prolapsus pendant que je coupais l'iris. J'aurais dû prendre, immédiatement après la discision de la capsule, une petite curette à traction, — qui devrait peut-être être appliquée généralement pour les noyaux lisses des cataractes de Morgagni (voyez plus haut) ; — mais je fis encore un essai avec le crochet mousse : le noyau tourna vers le côté, et fut éloigné avec la curette introduite latéralement dans le corps vitré rompu. Sans aucun symptôme extérieur de réaction, il en résulta une infiltration assez remarquable et jaunâtre de la partie antérieure du corps vitré, que l'on pouvait très-bien constater à l'éclairage oblique, infiltration qui d'abord devait me donner de très-grandes inquiétudes. En effet, à la fin de la première semaine, la vue du malade faisait défaut au n° 16 du disque lumineux gradué, et la projection d'une flamme de bougie était très-peu exacte. Cependant il se produisit une amélioration progressive ; après six semaines, le champ visuel était normal, et le malade lisait le n° 11 de Jaeger à quatre pouces de distance. L'ophthalmoscope montrait encore d'assez nombreuses opacités flottant dans le corps vitré, j'espère qu'elles disparaîtront pour la plus grande partie. Toutefois le résultat final pourrait bien ne pas nous donner une force de vision complète, à cause

des résidus de l'infiltration dans le corps vitré; et pour être tout à fait consciencieux, nous voulons compter cet œil, comme celui de Zittelmann, parmi les guérisons imparfaites.

Dans les 62 autres cas, le résultat de l'opération a été complétement satisfaisant. Il est vrai que deux fois la force visuelle n'arriva pas même à un quinzième de la force normale, mais cet affaiblissement était causé par une complication préexistante, et qui avait été diagnostiquée. La première fois (chez le malade Auguste Zwicker, âgé de soixante-dix ans), il existait une atrophie de la choroïde de grande étendue au centre du fond de l'œil; l'autre fois (chez le docteur Rich, âgé de trente ans), il s'agissait d'une affection ancienne du corps vitré. Je ne crois pas nécessaire de donner des indications plus exactes sur la force visuelle des différents cas, par la raison que beaucoup de malades quittaient Berlin après quinze jours, leur vision s'améliorant encore de jour en jour. A leur sortie, S varia entre 1/10 et 3/4, selon l'âge des malades, et selon la transparence plus ou moins parfaite de la surface capsulaire interne. Les cas dans lesquels la force de vision était relativement faible, au-dessous de 1/6, qui étaient d'ailleurs peu nombreux, se rapportaient tous à des yeux qui s'amélioraient encore visiblement. Ceci fait présumer que tous ces yeux arriveront à la lecture facile d'une écriture fine, pourvu qu'il ne se forme pas dans la plaie capsulaire une substance hyaline, qui fournirait plus tard l'indication d'une discision de la capsule; — éventualité que nous ne pouvons jamais exclure pour le futur, quoique nous en fassions abstraction dans la statistique usuelle enregistrée peu de temps après l'opération de la cataracte.

Les résultats d'ensemble sont donc les suivants : 62 fois un résultat parfait, 7 fois un résultat imparfait ; dans *aucün cas* un insuccès complet.

Parmi les sept résultats imparfaits, six yeux jouissaient déjà d'une certaine force visuelle qui, dans deux cas, pourra se compléter spontanément ; dans les quatre autres exigera sans doute une opération ultérieure ; dans le septième cas, il n'existe pour le moment que le moindre degré de perception qualitative, mais il y a aussi des conditions favorables pour une opération ultérieure. Chez cette dernière malade, un coup donné par elle-même à un œil est la cause du peu de succès ; dans quatre autres cas, c'est une anomalie de l'opération, et deux fois il faut en chercher la raison dans l'état général de la santé du malade.

J'ai noté, dans dix des cas réussis, des anomalies pendant l'opération (prolapsus du corps vitré, sortie très-pénible ou imparfaite de la substance corticale), d'où il résulte que ces anomalies, arrivées quatorze fois en tout, ne furent suivies que quatre fois d'un résultat imparfait. J'ai noté quatorze fois des circonstances extrêmement désavantageuses de la constitution ; comme il n'y a que deux de ces cas parmi les sept succès imparfaits, il en résulte, relativement à l'extraction à lambeau, une dépendance moins grande de l'état général (1).

Si nous comparons ces résultats avec ceux de l'extrac-

(1) Si nous ne parlons pas des yeux, mais des individus, nous trouvons, parmi 54 opérés, chez 6 des résultats imparfaits (1/9) ; chez 14 dont l'état général était mauvais, 2 résultats imparfaits (1/7). Dans l'extraction à lambeau, la proportion analogue, au lieu d'être de 7 à 9, est de 1 à 2 ; car, en général, des résultats défectueux dans ma statistique se montrent en 17 pour 100 des cas, mais en revanche dans 33 pour 100 des individus qui avant l'opération furent désignés comme infirmes ou d'une constitution vicieuse.

tion par curette (parmi 118 opérations, 7 yeux perdus, 4 presque perdus, et 28 demi-succès qui exigeront probablement des opérations consécutives), ils me paraissent décidément beaucoup plus favorables, de sorte que nous pouvons nous prononcer sans hésitation pour le nouveau procédé. Je tire cette conclusion avec d'autant plus de raisons, que les extractions par curette ont été toutes faites pendant les saisons favorables, tandis que les opérations d'après mon procédé sont tombées dans des saisons moins bonnes ; et puis aussi parce que les première sont été exécutées dans une quantité relativement grande (1/3), tandis que les dernières n'ont été faites qu'en petit nombre (1/9) dans les chambres particulières.

Ma conviction était faite assez tôt dans cette affaire, moins par l'absence d'insuccès complets que par la manière dont s'opérait la guérison. J'ai déjà fait ressortir au commencement de ce travail qu'après les extractions par curette, il se montre, dans les premières semaines, à un observateur exact, des proliférations considérables de l'épithélium capsulaire ; fréquemment même des couches profondes de la cornée ou de l'épithélium de la membrane de Descemet. Les premières de ces proliférations surtout sont de grande importance : on voit dans le plan de la capsule une couche opaque d'un gris jaunâtre qui remplit les brèches dans la capsule. Il n'y a que les cas où il existait une couche épaisse de substance corticale molle qui font exception. Il est vrai que ces proliférations peuvent disparaître et faire place à des interstices libres ; on obtient alors un succès complet. Souvent cependant elles deviennent le point de départ de cataractes capsulaires quand les lacunes restent comblées. Ces proliférations

aussi, dans les cas de tendance à une mauvaise guérison, se changent en une masse purulente qui infecte plus ou moins le voisinage et même les bords de la plaie. Elles produisent ainsi une partie des insuccès complets dont une autre partie trouve son point de départ (la hauteur du lambeau n'étant déjà plus insignifiante) dans la suppuration du canal de la plaie, absolument comme cela arrive dans l'extraction à lambeau. Si l'on observe comparativement ceux qui ont été opérés par le procédé recommandé, on ne voit qu'une couche opaque très-mince dans la pupille, et l'on constate que les lacunes de la capsule restent vides d'une manière bien plus satisfaisante. Dans ces circonstances, on conçoit d'abord que les cataractes secondaires soient plus rares, puisque la prolifération cellulaire, même dans les cas de tendance à une mauvaise guérison, arrive moins facilement jusqu'à la suppuration infectante, et enfin que la vision gagne en force beaucoup plus rapidement.

Les défenseurs, même les plus ardents, de l'extraction à lambeau concéderont (surtout pour les cataractes dures) que la force visuelle ne devient satisfaisante que dans la troisième ou la quatrième semaine ; ce n'est qu'à cette époque que disparaît l'irritation dont les produits remplissent les lacunes de la capsule. La durée moyenne du séjour à l'hôpital est en rapport avec ces circonstances : j'ai dit qu'elle était de dix-huit jours (pour notre climat) après l'extraction par curette. Je crois que dans le procédé recommandé, la durée ne sera que de douze jours, et je me propose de l'indiquer à l'avenir en me basant sur de plus grands chiffres. Pour expliquer ces différences favorables à mon procédé, je n'ai qu'à rap-

peler ce qui a été dit au début, que la sortie du cristallin est plus facile et que l'effet contondant des instruments est évité.

Il ne me reste que peu de mots à ajouter sur la marche de la guérison. Une légère infiltration et vascularisation du lambeau conjonctival disparaît après peu de jours, et souvent n'est que faiblement marquée. La guérison de la conjonctive s'opère (comme dans toutes les opérations conjonctivales) d'abord par la réunion adhésive de la surface sous-conjonctivale à l'épisclère. Cette réunion protége, pour ainsi dire, dans la première période de la guérison, la plaie scléro-cornéenne. La réunion indirecte des bords de la plaie conjonctivale est de moindre importance; elle s'opère plus tard par une couche mince de granulations (extrêmement fines) qui conduisent à la formation d'une substance intermédiaire. Je n'ai jamais vu jusqu'ici une cicatrisation kystoïde, quoique toute l'incision tombe dans le bord sclérotical; ce qui me fournit une raison de plus pour supposer que cette cicatrice dans le glaucome ne doit pas être attribuée à la situation périphérique de la plaie, mais principalement à l'effet d'une pression intra-oculaire augmentée. En revanche, j'ai constaté dans quelques cas une tuméfaction modérée du bord sclérotical (donnant une nuance violette à travers la conjonctive), qui disparaissait dans la première semaine sans laisser de traces. La réaction de la cornée est généralement minime, de sorte que l'on voit, seulement dans les premiers jours et par l'examen le plus attentif, un nuage grisâtre dans la région voisine de la plaie, comme on l'aperçoit après la plupart des iridectomies. Dans d'autres cas, surtout après un collap-

sus de la cornée, on voit dans la partie supérieure de cette membrane, à l'éclairage oblique, des stries d'une faible nuance jaunâtre, d'une largeur d'à peu près un tiers de millimètre, rayonnant surtout dans les couches externes, et que je considère comme des canaux plasmatiques (tubes) distendus et remplis de matière lymphoïde. Leur présence, constatée souvent aussi après des opérations de glaucome, et qui n'est presque pas accompagnée de phénomènes d'irritation, se montre dans les premières douze heures après l'opération; elle se manifeste dans sa plus grande étendue le deuxième jour, et disparaît pendant la première semaine. Des infiltrations inflammatoires, dans le sens ordinaire, n'arrivent que très-exceptionnellement après les opérations normales. Je me rappelle particulièrement n'avoir vu que dans deux cas d'une opération anormale des opacités jaunâtres près de la surface interne de la cornée, surtout vis-à-vis de la pupille artificielle, ce qui n'est pas rare après l'opération par curette. D'ailleurs, ces opacités, si elles sont circonscrites, sont encore de nature assez bénigne, car, malgré leur aspect saturé et la complication de petits hypopyons, elles s'éclaircissent petit à petit.

Dans les cas où l'opération s'écarte essentiellement des prescriptions, il faudra s'attendre naturellement à des modifications dans la marche de la guérison. Déjà, quand la sortie des masses corticales par pression externe est très-pénible, comme cela arrive dans certains cas de cataractes trop mûres, une plus grande tendance se montre pour les proliférations dans les cellules capsulaires, et une suffusion grisâtre plus prononcée se fait voir dans la cornée près de la plaie. Cette tendance devient encore plus évi-

dente quand on a introduit de petites curettes pour faire sortir les masses corticales. Dans 7 cas, j'ai laissé dans l'œil de grands fragments de substance corticale : deux de ces cas comptent parmi les résultats imparfaits ; dans l'un, il n'est pas certain si c'est cette circonstance, ou bien le prolapsus du corps vitré, qui a occasionné le mauvais résultat.

L'importance du prolapsus du corps vitré pour la marche de la guérison est essentiellement différente, s'il accompagne la sortie des dernières parties du cristallin, ou s'il a lieu quand les masses corticales ne sont pas encore tout à fait sorties, ou même avant la sortie du noyau cristallinien. Dans le premier cas, le pronostic ne souffrirait pas considérablement, à moins que l'humeur vitrée ne soit sortie en grande quantité, avec danger d'hémorrhagie interne. Parmi les 10 cas de prolapsus du corps vitré, il s'est fait 4 fois de cette manière. Tous ces cas guérirent favorablement ; cependant dans deux cas on pouvait encore, quatre semaines après l'opération, reconnaître dans le corps vitré des opacités légères en forme de stries qui disparaissaient pourtant à vue d'œil et troublaient peu la force de la vision.

Quand le prolapsus a lieu pendant qu'il reste de la substance corticale dans l'œil, il est déjà de plus grande importance, car il rend l'expulsion de ces matières difficile ou même impossible. Quelquefois on y arrive avec patience et circonspection par de simples manœuvres de pression (voy. plus haut), et alors la guérison est également peu gênée. Mais dans d'autres cas ces manœuvres ne réussissent pas, et l'on se trouve dans l'alternative, ou de laisser des fragments de substance corticale, ou d'introduire des

curettes dans le corps vitré rompu. L'un et l'autre moyen a, comme je l'ai déjà dit, ses grands désavantages. S'il est déjà désagréable en général, de laisser ces fragments, leur mélange avec l'humeur vitrée a surtout un grand inconvénient. Les masses corticales en décomposition ont un effet irritant sur la substance du corps vitré, et provoquent son infiltration inflammatoire. Si nous éloignons ces fragments avec la curette, cet instrument produit un effet analogue et pas moins désastreux. Dans les deux circonstances, la disposition à des infiltrations du corps vitré est beaucoup plus grande qu'après le simple prolapsus. L'accident en question est arrivé trois fois : une fois l'humeur vitrée sortit avec le noyau du cristallin, et les masses corticales restèrent dans l'œil; deux fois le corps vitré ne sortit que dans le cinquième acte. Le premier cas (Zittelmann) se trouve parmi les succès imparfaits; dans les deux autres, une bonne force visuelle a suivi la guérison ; pourtant, dans l'un d'eux, on pouvait encore, après six semaines, reconnaître des stries flottant dans le corps vitré.

Le prolapsus du corps vitré est surtout de grande importance, s'il a lieu pendant les premiers actes de l'opération, avant l'expulsion du noyau cristallinien. Les instruments dont on se sert alors, soit des érignes aiguës, soit de grandes curettes, se meuvent dans le corps vitré rompu, et les dangers de ces instruments que je viens de signaler sont encore augmentés par la dislocation du cristallin, circonstance qui empêche d'éviter une forte contusion de la surface postérieure de l'iris, avec autant de certitude que dans le cas où le cristallin se trouve dans sa position centrale. En même temps des

fragments de substance corticale sont poussés derrière l'iris. L'accident en question fut noté trois fois : l'un de ces cas seulement conduisit à un résultat complet, mais permit d'observer quatre semaines encore après l'opération de légères opacités du corps vitré ; les deux autres ont été notés et leur marche succinctement décrite parmi les résultats imparfaits (Pollakoff, — œil gauche de madame Keim).

VII

Coup d'œil rétrospectif sur quelques circonstances du procédé. — Modifications qui pourraient avoir lieu.

Quoique pour l'incision je sois parti du principe d'une plaie aussi linéaire que possible, le mode auquel je suis arrivé a amené en même temps une *situation très-périphérique* de l'incision ; non-seulement la partie superficielle du canal de la plaie, mais presque tout le canal, sauf sa partie profonde, tombe dans la sclérotique (voy. fig. 4). Je suis complétement de l'avis de Jacobson, et je reconnais décidément le mérite qu'il a eu en appliquant le premier à l'extraction le principe : que les plaies périphériques ont un caractère moins dangereux que celles faites dans la continuité de la cornée. Nous pouvons, en effet, suivre manifestement cette proposition sur les observations de blessures et d'opérations. Nous voyons, surtout dans les cas où la plaie tombe principalement dans le bord sclérotical, une torpeur des lèvres de la plaie bien conforme à notre but, c'est-à-dire une disposition

peu prononcée à des proliférations cellulaires tumultueuses, et contagieuses pour le voisinage. Pendant longtemps même les lèvres de ces plaies périphériques peuvent rester séparées sans qu'une vive prolifération ait lieu. Je veux citer comme exemple un cas auquel j'ai déjà fait allusion dans le courant de ce travail.

M. Behrend, âgé de soixante-quatre ans, fut opéré du côté droit. Tout le cristallin sortit facilement et normalement, mais je m'aperçus après l'opération que le lambeau conjonctival était un peu bombé le long de la plaie, et en le soulevant, je constatai que les lèvres de la plaie scléroticale étaient écartées l'une de l'autre presque d'un millimètre, et que même la membrane hyaloïde se présentait dans cette fente par une surface demi-cylindrique. En outre, l'œil était relativement plus mou qu'à l'ordinaire après l'opération. Selon les règles habituelles, j'aurais dû ponctionner la membrane hyaloïde pour obtenir l'étranglement du corps vitré prolabé, et par cela une meilleure coaptation de la plaie. Mais, dans la crainte de voir sortir tumultueusement l'humeur vitrée, vu la forte tension de l'œil, et aussi dans l'intérêt de l'expérience, je laissai la chose dans le *statu quo*, et j'appliquai le bandage compressif.

Pendant les jours suivants, je n'eus qu'à constater le déplacement inusité du lambeau conjonctival, qui ordinairement se pose d'une manière parfaitement unie sur la plaie et la couvre; dans notre cas, il fut repoussé par la membrane hyaloïde et replié vers le bord de la cornée; la plaie même resta complétement inerte, et il n'y eut pas de réaction. J'aurais pu peut-être laisser subsister ainsi les choses encore plus longtemps, mais la distance qui se

trouvait entre les lèvres de la plaie augmentait plutôt qu'elle ne diminuait, et il était évident que, dans ce cas, la guérison ne pouvait se faire que par la rupture spontanée de la membrane hyaloïde ou par une formation cicatricielle assez étendue, et certainement très-longue du côté des bords de la sclérotique. Par cette raison, je me décidai, le quatrième jour, à faire une petite ponction de la membrane hyaloïde ; je pus alors user de ce moyen sans aucune inquiétude, car, pendant les premiers jours, l'œil s'était tout à fait remis de l'opération et avait perdu en grande partie sa tension exagérée, résultat probable d'une irritation passagère des nerfs vasculo-moteurs et sécréteurs. Quelques gouttes d'humeur vitrée s'écoulaient doucement, et la guérison s'opérait dans des conditions si excellentes, que le malade, après quinze jours, pouvait être renvoyé avec S plus d'un quart (avec plus de 1/4 d'acuité de vision).

La réaction si peu remarquable des bords d'une plaie tellement périphérique a aussi pour résultat que l'irritation des parties voisines de la cornée, de l'iris et des cellules capsulaires, est relativement légère, du moins autant qu'elle trouve sa cause dans le canal de la plaie.

Après la situation périphérique de la plaie, je reviens encore une fois sur sa position *sous-conjonctivale.* On sait que M. Desmarres a, le premier, recommandé la formation d'un lambeau conjonctival pour l'extraction ordinaire à lambeau. Je ne peux que donner mon assentiment au principe de cette recommandation, mais je crois que pour l'extraction usuelle à lambeau, il ne peut être réalisé que d'une manière imparfaite. En effet, on peut, dans cette opération, former seulement un bout étroit et

assez pointu correspondant au sommet du lambeau. Un tel lambeau conjonctival ne peut recouvrir qu'une petite partie de la plaie ; en outre, la prompte réunion des surfaces conjonctivales et episclérales que nous désirons, devient d'autant plus incertaine, que la forme plus étroite du lambeau le dispose à se froncer et à se rouler. Dans le mode opératoire de M. Jacobson, le lambeau conjonctival joue déjà un rôle plus important, quoique peu constant en degré. Dans le procédé recommandé, le principe sous-conjonctival se fait valoir, selon moi, d'une manière beaucoup plus parfaite. La couverture formée par la conjonctive ne se rétrécit plus vers son bout, mais elle protége la plaie d'une manière très-efficace, puisque sa largeur dépasse même de beaucoup celle de l'incision scléro-cornéenne. Dans les premières heures après l'opération, aussitôt que la partie conjonctivale qui nous intéresse ici subit une légère tuméfaction vasculaire et séreuse, la couverture s'étend sur la couche épisclérale par la douce tension de ses ponts latéraux. Nous pouvions observer cette tendance à s'unir et à s'adapter d'une manière très-satisfaisante, même dans les cas où, immédiatement après l'opération, les parties semblaient se rouler. Si l'on ajoute à cette extension latérale l'effet d'un bandage compressif, toutes les conditions sont alors réunies pour amener une adhésion rapide de la surface conjonctivale inférieure avec l'épisclère, et pour procurer à la guérison de la plaie scléro-cornéenne tous les avantages d'une guérison *sous-conjonctivale*. Nous sommes obligé de reconnaître dans ces conditions, à part la forme *linéaire* et la situation *périphérique* de la plaie, un avantage remarquable de notre procédé d'incision.

Il a été suffisamment établi dans les différents travaux sur ce sujet que, dans l'opération de cataracte, le coloboma en haut offre des avantages très-réels sur celui qui tomba vis-à-vis de l'ouverture de la fente palpébrale. Cependant, bien que je croie ces avantages assez décisifs pour exécuter généralement, à cause d'eux, l'opération dans la direction relativement incommode en haut, je ne peux concéder que les inconvénients de l'*excision de l'iris* ainsi faite soient nuls, comparés à l'effet d'une pupille centrale de forme normale. D'abord, une partie de la pupille artificielle, même quand cette pupille n'est pas très-large, tombe, lorsque les paupières sont largement ouvertes, dans la fente palpébrale ; elle produit alors, du moins en partie, les inconvénients optiques que nous attribuons généralement à l'agrandissement de la pupille dans des yeux sans cristallin. Nous devons aussi admettre, si nous ne voulons pas cacher les revers de notre procédé, que la forme et la grandeur de la pupille ne sont, dans quelques cas, pas aussi favorables que les conditions optiques le font désirer. Nous ne sommes pas complétement maître de choisir cette forme, à cause de la nécessité d'exciser toute la partie de l'iris qui fait prolapsus ; et la grandeur de cette partie dépend de circonstances qu'on ne peut prévoir, parce qu'elles sont influencées par les variations de la pression intra-oculaire par l'effet des muscles et par l'élasticité de l'iris. Si nous obtenons une forme de la pupille comme fig. 9, les inconvénients (l'éblouissement plus fort et la vision excentrique moins précise pendant l'usage des verres à cataracte) seront à peine remarquables, si l'individu opéré n'ouvre pas démesurément les paupières, comme nous le voyons

chez des yeux proéminents. Les formes de pupille comme figure 10, qui, par leur nombre, forment la règle, au-



FIG. 9. — Forme de la pupille (1).



FIG. 10. — Forme de la pupille.

ront déjà un peu plus d'influence sur la vision. Mais cette influence ne peut surtout pas être oubliée, quand la pupille est formée comme dans les figures 11 et 12. Il est vrai que je n'ai vu cette dernière forme (fig. 12) que deux fois :



FIG. 11. — Forme de la pupille.



FIG. 12. — Forme de la pupille.

il semblait que dans l'un de ces cas, elle était produite par l'enclavement d'un lambeau d'iris resté dans la plaie; dans l'autre, elle était causée par le prolapsus du corps vitré. La forme définitive de la pupille dépend d'ailleurs d'une manière essentielle des circonstances qui se présentent après l'opération: plus l'irritation est faible, plus le sphincter reste dans sa position naturelle. Si l'on a laissé dans la plaie une très-petite partie de l'iris, la rentrée ou l'expulsion de cette portion dépendra des mêmes conditions déjà citées pour la grandeur de la hernie irienne pendant l'opération; mais, en outre, l'influence que cette portion enclavée de l'iris exerce sur la forme de la pupille est déterminée par l'irritation qui s'y développe

(1) Les deux petites lignes verticales indiquent dans les figures les limites du sphincter.

pendant la première époque de la guérison, où l'adhérence de la petite hernie avec les bords de la plaie n'est pas encore consolidée. Si une forte infiltration parenchymateuse de l'iris a lieu dans le canal de la plaie et dans son voisinage, la dislocation de la pupille, produite par la rétraction consécutive du tissu, sera beaucoup plus remarquable. Dans un grand nombre de ces cas, il se produit aussi des adhérences avec le sac capsulaire, lesquelles exercent de l'influence sur la forme ultérieure et sur la situation de la pupille. En général, j'ai observé que, dans notre procédé, les grands déplacements de la pupille vers la plaie sont bien plus rares qu'après l'extraction par curette, circonstance qui est également en rapport avec la réaction moins forte. Il est connu qu'il arrive fréquemment, après des iridectomies exécutées avec ou sans extraction du cristallin, que, dans les premiers jours, les coins du sphincter adhèrent légèrement à la capsule. Cela arrivera presque toujours quand, immédiatement après l'opération, ces coins présenteront la forme d'angles saillants. Si l'on conservait avec intention cette adhérence (en s'abstenant de l'emploi des mydriatiques), qui souvent disparaît spontanément, ou si l'on en avorisait la production par l'emploi des myotiques, on obtiendrait des formes pupillaires comme figure 13, qui, il



Fig. 13. – Forme de la pupille.

est vrai, auraient des avantages optiques par rapport à la position de la paupière supérieure. Cependant on ne pour-

rait conseiller un tel procédé, car la pureté de la guérison et l'absence de toute irritabilité anormale (due à des synéchies) de l'œil opéré sont des motifs trop puissants pour les sacrifier à une différence peu importante dans la forme pupillaire.

En considérant les inconvénients, quoique peu graves, d'une excision de l'iris en haut, il est tout naturel de se demander si l'on ne peut pas éloigner le cristallin *sans excision de l'iris*, aussi bien dans le procédé prescrit que dans l'extraction à lambeau. Si l'on pouvait, sans danger, éviter cette excision, on ferait naturellement l'opération en bas, ce qui est beaucoup plus facile que de la faire en haut. Quoique je n'aie pas expérimenté jusqu'à présent une telle pratique, je suis pourtant fortement disposé à la déconseiller; car, accordé même que le cristallin sortirait de notre plaie dans beaucoup de cas sans contusionner l'iris d'une manière excessive, la situation périphérique de l'incision me paraît pourtant produire une disposition trop grande au prolapsus consécutif de l'iris, pour ne pas courir ce risque en s'abstenant de faire l'iridectomie.

Il serait plutôt admissible d'exécuter le procédé avec l'iridectomie *en bas* chez les individus pour lesquels la finesse de la vision excentrique et la facilité de s'orienter ne sont pas d'une grande importance, comme cela arrive pour une bonne partie des vieillards reçus à l'hôpital. Cette manière d'opérer sera certainement beaucoup plus facile; on aura moins besoin de chloroforme pour les malades agités; le prolapsus du corps vitré sera probablement moins fréquent, car la fixation de l'œil produira une pression moins grande. Les inconvénients du coloboma en bas perdent d'importance, quand la fente pal-

pébrale est étroite, et la paupière inférieure relativement élevée. Dans ces cas, l'opération en haut présente justement les plus grandes difficultés. Il est probable que la guérison de la plaie en bas sera également favorable, si nous voulons baser notre jugement sur l'analogie avec d'autres opérations. Jusqu'ici je n'ai jamais exécuté l'incision en bas, mais je l'essayerai à l'avenir dans les conditions exceptionnelles que j'ai indiquées.

Enfin je dois encore m'occuper ici de la question suivante : Est-il convenable *de faire l'iridectomie quelque temps avant l'extraction?* J'ai déjà discuté cette question autrefois pour l'extraction à lambeau, et je suis arrivé au principe que d'un côté il vaut mieux faire l'iridectomie en même temps que de la faire peu de temps (une ou deux semaines) auparavant ; mais que la meilleure pratique de toutes consistait à exécuter l'iridectomie longtemps (au moins huit semaines) avant l'extraction. Dans notre procédé, je regretterais au contraire la manière d'opérer à deux temps. L'avantage d'une iridectomie faite d'avance consiste surtout dans la cicatrisation complète des bords de la pupille artificielle au moment de la seconde opération; ces bords seront alors moins disposés aux épanchements de sang et aux irritations inflammatoires que ceux que présente un coloboma récent. Probablement il arrivera souvent, dans notre procédé, que la largeur du morceau excisé préalablement ne correspondra pas avec la largeur de celui qui fait prolapsus après l'incision; on serait alors obligé d'exciser encore les deux côtés pour ne pas laisser un étranglement. Ce risque n'a pas lieu dans l'extraction à lambeau, parce que le bord périphérique de la cornée, qui est d'une largeur assez

prononcée vers la plaie interne, empêche le prolapsus, ou rend la réduction très-facile. Or, si, après l'incision, il faut complémenter l'excision de l'iris vers les deux côtés, l'avantage de l'opération à deux temps n'existe plus, parce que l'iris aura alors des bords fraîchement coupés, absolument comme si nous avions fait toute l'opération au même moment. Abstraction faite de cette considération, une division de l'opération en deux actes, toujours ennuyeuse, ne nous semblerait pas même répondre à l'innocuité relative de notre procédé.

Si donc on ne peut recommander de faire en haut l'iridectomie nécessaire pour l'extraction, comme une opération préparatoire, il peut pourtant paraître convenable, dans de certaines conditions, de faire préalablement une *iridectomie en bas*. L'opération ultérieure exécutée selon les règles de l'art, on obtient une pupille de la forme indiquée par la figure 14. Les bords du coloboma



Fig. 14. — Forme de la pupille.

inférieur, après un intervalle de six à huit semaines, sont complétement cicatrisés au moment de la seconde opération. On comprend facilement que ces pupilles ont tous les inconvénients optiques du coloboma inférieur, et en outre ceux de l'iridectomie en haut ; mais elles ont aussi l'avantage de prévenir les affections de l'iris plus que toute autre forme (1), plus même que les pupilles très-larges

(1) Pour les mêmes motifs, j'ai employé quelquefois cette forme pupillaire dans les formes opiniâtres d'iritis ou d'irido-choroïdites, lorsqu'une

(confluentes), obtenues par plusieurs excisions pratiquées successivement l'une à côté de l'autre. Il est probable que l'influence salutaire (prophylactique) de ces pupilles résulte de la détension complète du sphincter, produite par l'excision de deux parties diamétralement opposées. Une pupille de cette forme est aussi moins active que toute autre, sous les incitations de la lumière, des muscles et de l'accommodation. On voit bien le sphincter (qui se trouve dans la figure entre les deux traits) se contracter, mais sans qu'il se produise dans la forme de la pupille une autre altération qu'un redressement un peu plus précis de ses deux contours. Je me suis servi assez fréquemment de cette forme pupillaire dans mon procédé primitif d'extraction linéaire modifiée, et, plus tard aussi, dans l'extraction par curette, pour les cas où le danger d'une réaction irienne me semblait surtout menaçant: par exemple, dans les cataractes diabétiques relativement dures, ou quand il y avait des pupilles qui se dilataient d'une manière imparfaite, dans les cas de synéchies postérieures, ou enfin dans les cas de cataractes parfaitement dures et trop mûres. Pour mon procédé actuel, où le danger de réaction irienne est bien moins grand, la formation de ces pupilles toujours difformes ne pourrait être admise que dans les cas de larges synéchies postérieures, comme suite d'iritis, dans des complications avec choroïdite chronique, et dans certains cas de cataracte diabétique. L'opération même, surtout la juste direction du crochet, devient plus facile par l'espace pupillaire qui

iridectomie ne suffit pas. Critchett, de son côté, et indépendamment de moi, a employé le même procédé, comme il m'en a informé pendant l'automne de 1864.

s'étend jusqu'au bord opposé du cristallin. Je ne peux que répéter ici le conseil de faire la première iridectomie six semaines au moins avant l'opération de la cataracte. On pourrait peut-être faire la première iridectomie en haut et l'opération principale en bas; il en résulterait pourtant ce petit inconvénient : le coloboma le plus large sera le coloboma inférieur qui tombe dans l'ouverture des paupières.

VIII

Valeur du procédé comparé à l'extraction à lambeau et à l'extraction linéaire simple. — Dénomination du procédé.

Quand l'usage d'une opération est basé sur une étude approfondie, et que ses succès ont été constatés par des expériences nombreuses, comme cela a eu lieu pour l'extraction à lambeau, il faut toujours considérer comme une entreprise hasardeuse de vouloir remplacer cette opération par une nouvelle méthode que l'expérience n'a pas encore consacrée. S'il n'arrivait pas quelquefois que l'extraction à lambeau la plus normale soit suivie d'états dangereux et même délétères, il n'y aurait pas de raison pour chercher un autre procédé, vu les résultats modèles que l'extraction à lambeau donne dans la grande majorité des cas. Mais, d'un autre côté, l'éventualité de tels accidents pour le malade et pour le médecin, de l'autre, les peines que donne à tous deux le traitement consécutif, fournissent des motifs suffisants pour s'efforçer de trouver un chemin plus sûr et plus commode encore.

J'ai déjà mentionné plus haut que l'extraction par curette est une méthode qui peut servir dans beaucoup de circonstances; elle a même, pour quelques formes de cataracte, des avantages incontestables sur l'extraction à lambeau; mais j'ai dit aussi qu'elle ne peut la remplacer généralement. Si nous devons faire maintenant une critique comparative du nouveau procédé et de l'extraction à lambeau, il faut user de la plus grande précaution, à cause du petit nombre de cas observés. Bien que nous croyions fermement que l'incision recommandée a des avantages réels sur celles usitées jusqu'ici pour l'extraction par curette qu'elle est appelée à remplacer, nous pensons qu'il est préférable de différer un jugement aussi général par rapport à l'extraction à lambeau. Si à l'avenir les résultats se montraient aussi favorables que dans les 69 cas observés jusqu'ici, alors ce jugement paraîtrait motivé. Cependant, si, en continuant les expériences, la proportion numérique des résultats se modifiait, ce qui est très-possible, il pourrait en résulter que le nouveau procédé, en donnant un résultat général égal, ou même encore un peu supérieur à l'extraction à lambeau, présenterait relativement plus de chances favorables pour certains groupes de cataractes, et moins pour d'autres. Dans cette supposition, l'extraction à lambeau partagerait les indications avec le procédé recommandé. Je n'ai d'ailleurs pas commencé ces études avec l'intention de remplacer l'extraction à lambeau, dont je reconnais profondément la perfection des résultats; mon but était d'étudier l'extraction linéaire, et d'ôter à cette opération les inconvénients qui jusqu'ici lui étaient adhérents. Je crois être arrivé à un résultat favorable; et même si favorable, que je dois con-

tinuer mes études comparatives avec l'extraction à lambeau, d'abord en général, et plus tard, peut-être, par troupes. Ceci renferme tout ce que je peux et ce que je veux dire pour le moment.

Deux circonstances ne peuvent être négligées dans cette comparaison. La première est l'iridectomie. J'ai établi dans le chapitre précédent que le coloboma exécuté en haut ne doit pas être considéré comme dépourvu de toute importance, et cette considération est en rapport avec la comparaison de l'extraction à lambeau. Même dans les cas où la pupille artificielle est complétement masquée par la paupière, la partie supérieure de l'espace pupillaire situé dans la fente palpébrale est plus échancrée que dans les petites pupilles centrales après l'extraction à lambeau; cette altération de la forme normale de la pupille rend les cercles de diffraction excentriques plus grands et plus difformes, si les malades se servent des verres à cataractes.

Voici maintenant la seconde circonstance. Si l'on emploie l'extraction linéaire modifiée que je recommande, dans un cas qui offre les conditions générales et locales les plus avantageuses pour l'extraction à lambeau (dans lesquelles, selon ma statistique, le pronostic est à peu près 93 pour 100 de succès complets, 5 pour 100 de demi-succès, et 2 pour 100 d'insuccès), des circonstances qu'on ne peut prévoir, surtout une pression exagérée de la part du malade, peuvent produire un prolapsus du corps vitré, et rendre ainsi la marche de la guérison anomale. S'il résultait un jour, d'une statistique établie sur de grands chiffres, la conviction réelle que, pour les cas, même les plus favorables à l'extraction à lambeau, les

chances étaient les mêmes dans les deux procédés, nous devrions sans aucun doute abandonner l'extraction à lambeau. Nous devrions alors l'abandonner pour le procédé recommandé, à cause de la grande simplicité et du peu de durée du traitement consécutif; à cause des libertés que nous pouvons accorder aux malades; enfin, à cause de notre indépendance plus grande de l'état moral et de l'énergie des malades pendant la guérison. Toutes ces circonstances donnent à l'extraction linéaire modifiée un caractère plus agréable et moins inquiétant, pour ainsi dire.

Je veux ajouter ici une observation sur l'extraction linéaire simple. Bien que cette opération paraisse préférable pour les cataractes corticales molles du jeune âge, je l'ai pourtant presque abandonnée en faveur de l'extraction linéaire modifiée. En jetant un coup d'œil sur mes observations, j'ai à déplorer quelques cas malheureux qui, je crois, auraient été évités par l'iridectomie faite en même temps que l'extraction.

Mes collègues n'ignorent pas que l'iris fait souvent hernie pendant l'opération, quand on a fait une incision linéaire à 3/4 - 1''' en dedans de la périphérie de la cornée, circonstance qui, si l'opérateur n'est pas suffisamment familiarisé avec la méthode, peut même être un obstacle à la continuation de la manœuvre. Si même on doit réussir, par la direction de l'érigne ou du kystitome, à tourner le prolapsus (c'est-à-dire à pénétrer dans la chambre antérieure, le long du bord interne de la plaie), sans léser en quoi que ce soit l'iris, et si après l'opération on arrive à réduire le prolapsus par de douces frictions à travers les paupières, nous voyons néanmoins quelque-

fois, surtout chez des malades agités et chez les enfants, revenir l'étranglement pendant la première période de la guérison. Cet étranglement est ici même plus dangereux qu'un prolapsus de l'iris après l'extraction à lambeau, justement parce que la plaie est petite et éloignée de la périphérie de la cornée. Il se produit facilement comme une strangulation de l'iris, puis l'infiltration jaune, et comme conséquence même une suppuration plus diffuse. L'excision consécutive de l'iris prolabé devient nécessaire quand ces circonstances surviennent, mais cette opération arrive souvent trop tard, et, dans tous les cas, elle n'empêche plus un résultat imparfait. Ces considérations, bien qu'elles ne se rapportent qu'à un petit nombre de cas, m'ont donné la conviction qu'il vaut mieux faire l'incision toujours à la périphérie de la cornée, la combiner avec l'iridectomie, et, par conséquent, opérer en haut. On trouvera peut-être une timidité exagérée dans cette manière d'opérer; mais il ne faut pas oublier que pour les jeunes gens atteints de cataractes molles, la prétention d'un succès infaillible est très-légitime ; qu'avec un peu de patience, la discision conduit aussi au but, et que chaque insuccès dans ces cas est un « *vitium medici* », ce que l'on ne peut dire pour les cataractes des vieillards. Il est indifférent de se servir, pour les cataractes entièrement molles et gonflées, du couteau lancéolaire ou du couteau étroit, puisque la cataracte sort facilement. Si l'on veut employer le couteau étroit (à contre-ponction), qui peut servir dans toutes les circonstances, on ne fait pas une incision aussi périphérique que je l'ai indiqué précédemment. On fait la ponction à peine au delà de la limite cornéenne, puis une plaie externe de 3‴ 1/2 à peu près, et

l'on renonce au lambeau conjonctival. Le centre de la plaie externe est situé alors à 1/4 - 1/2''' en deçà du bord cornéen. Il va sans dire que pour sortir le cristallin, on n'emploie que la pression externe (manœuvre de glissement), sans entrer avec aucun instrument. Pour des enfants au-dessous de dix ans, j'ai l'habitude de ne faire à présent que la discision, ou la discision modifiée.

Je ne crois pas qu'une étude ultérieure du procédé décrit dans ce travail conduise à des modifications essentielles de l'incision, qui, dans sa forme actuelle, me paraît combiner tous les avantages; peut-être qu'en continuant les études sur les différentes formes de cataractes, on arrivera à préciser davantage les dimensions de la plaie et ses rapports avec le bord sclérotical. Mais il est bien plutôt possible que les instruments destinés à sortir le cristallin, surtout les crochets (1) pour les cataractes dures, subiront encore d'autres améliorations.

Je veux encore ajouter, en terminant, quelques mots sur le nom du procédé. Je conserve avec intention celui de « l'*extraction linéaire modifiée* », car je crois que la dénomination d'une méthode opératoire doit être fondée sur le principe de cette méthode, et non sur les circonstances accessoires. Le principe consiste ici dans la ma-

(1) J'ai reçu, il y a quelques jours, une communication écrite de mon ami Adolphe Weber : il me fait savoir que, indépendamment de mes études, il a abandonné l'usage des curettes pour l'incision avec le couteau lancéolaire. Il se sert d'un crochet double qui empêche la déviation latérale du cristallin, sans offrir aucun danger pendant l'entrée, puisque les deux crochets ne sont pas placés l'un à côté de l'autre, mais l'un au-dessus de l'autre. Je ne doute pas que l'instrument ingénieux de Weber ne saisisse parfaitement le cristallin. Pour mon incision, on pourra généralement se passer, comme je l'ai déjà dit, d'instruments aigus ; j'accepterai pourtant celui-ci sans hésiter, si l'expérience enlève la crainte qu'il n'exerce, outre la traction, une pression dangereuse d'arrière en avant.

nière de faire l'*incision* et dans la combinaison avec l'*iridectomie*. La manœuvre expulsive qu'on emploie dans une méthode quelconque d'opérer la cataracte, qu'elle soit constituée par une simple pression externe ou par l'introduction d'un instrument tracteur, dépend, outre la consistance du cristallin, du degré de résistance qu'on trouve par la plaie. Moins il y a de résistance, moins on a besoin d'instruments, moins surtout de ceux qui embrassent et entraînent la cataracte d'une manière active. La pression externe suffit toujours pour les plaies béantes de l'extraction à lambeau; elle suffit assez souvent dans notre procédé, qui, pour une autre partie des cas, exige une légère traction. Dans l'incision par couteau lancéolaire, on a ordinairement besoin d'instruments qui saisissent le cristallin pour l'extraire. Or, puisque le concours d'un instrument et le choix de cet instrument dépendent essentiellement de la forme de la plaie, il ne nous paraît pas rationnel de baser sur l'instrument la dénomination du procédé. Nous nous trouverions même, pour notre procédé, dans un embarras insurmontable, car nous nous servons, selon les circonstances, de la pression externe seule, ou du crochet, ou, par exception, même des curettes. Nous serions donc obligé de nommer notre procédé, tantôt extraction par pression, tantôt extraction par crochet, tantôt extraction par curette.

Dans notre procédé, la manière de faire l'incision est résultée de l'idée que la plaie *linéaire* a la plus grande tendance à se fermer immédiatement ; cette qualité principale doit donc, en toute justice, donner son nom au procédé. La plus grande partie du canal de la plaie se

trouvant dans la sclérotique, on pourrait parler aussi d'extraction *scléroticale*, et désigner par ce nom la seconde qualité principale de l'incision, sa situation périphérique. Enfin on trouverait peut-être aussi des raisons pour le nom d'extraction *sous-conjonctivale*, nom auquel le procédé pourrait prétendre, du moins avec plus de droit qu'aucun autre. Cependant, d'après ce que j'en ai dit dans le chapitre précédent, la position périphérique et sous-conjonctivale de l'incision a, il est vrai, une importance réelle, mais qui ne vient pourtant qu'en seconde ou en troisième ligne après l'importance de la forme linéaire.

L'épithète « *modifiée* » a été déjà employée par moi dans l'extraction à lambeau et dans la discision pour désigner la combinaison de l'opération de la cataracte avec l'iridectomie ; ce mot a été tellement admis, qu'il peut servir aussi, dans notre procédé, pour désigner sa seconde qualité essentielle. L'expression « extraction linéaire modifiée » ne pourrait conduire à un malentendu que si elle était déjà usitée pour d'autres procédés. Mais comme je crois que ma méthode primitive, qui avait ce nom, est améliorée et remplacée par mon procédé actuel, et que d'ailleurs les auteurs ont donné des noms propres aux autres modifications de ce procédé primitif, la conservation du premier nom ne peut donner lieu à aucune erreur. Un malentendu serait seulement possible pour les cataractes molles du jeune âge, si on les opérait avec le couteau lancéolaire (selon les règles primitives), au lieu de faire l'incision avec le couteau étroit. Cependant j'ai déjà fait remarquer plus haut la différence si peu essentielle de l'alternative dans ces circonstances.

IX

Histoire de l'extraction linéaire.

Quand on s'est efforcé, par ses propres études, de contribuer au développement d'un sujet, c'est un besoin et un devoir de tourner ses regards vers le passé pour rechercher l'origine de nos connaissances, pour en suivre le développement, et pour rendre justice à ceux qui, avant nous, ont réfléchi sur le même sujet et en ont fait l'objet de leurs recherches. L'histoire de l'extraction linéaire a d'autant plus besoin d'une révision, qu'un manque d'exactitude dans l'étude des sources a causé des erreurs fondamentales : quelques auteurs ont obtenu des honneurs immérités, d'autres ont été privés de ceux qui leur appartiennent à bon droit. Les courtes observations qui précèdent mon premier travail (1) ne sont pas exemptes de ce reproche. Sperino se trompe aussi en disant dans un travail qui traite ce sujet (2), que Wardrop a fait d'une section transversale droite une méthode pour l'opération de cataracte; il dit encore que Friedrich von Jaeger (3) fait sortir des cataractes par des extractions linéaires, tandis qu'il est connu que celui-ci n'employait son extraction « partielle » que pour des cataractes capsulaires et pour des rudiments de cristallin.

Chez M. Follin, il ne s'agit pas seulement de quelques

(1) Voy. *Archiv. für Ophthalmologie*, vol. I, 2, p. 219.

(2) Voy. *Annales d'oculistique*, t. XXXIX, p. 90.

(3) M. Sperino dit de Jaeger : « Il pratiquait l'incision de la cornée au moyen d'une lancette; puis il introduisait par cette incision une pince ou une érigne, avec laquelle il enlevait la cataracte. »

erreurs, mais d'une fausse interprétation du sujet. Il dit dans la Société de chirurgie (1) : « Quoique, selon moi, l'extraction doive devenir la méthode générale du traitement de la cataracte, je suis prêt à reconnaître qu'un grand lambeau comprenant la moitié de la cornée est exposé à des accidents graves qui compromettent assez souvent la réussite de l'opération. Aussi, depuis longtemps, les chirurgiens ont été préoccupés de l'idée de rétrécir ce lambeau. C'était là la pensée de Pourfour du Petit, de Saint-Yves, de Palucci, de Wardrop et de Gibson. Dans ces dernières années, on est revenu à ces idées avec une persévérance plus grande, et ainsi s'est peu à peu constituée la méthode de « l'extraction linéaire (2). »

Aucun des auteurs nommés, sauf Gibson peut-être, n'a eu l'idée que M. Follin attribue à tous. Les opérations de Saint-Yves et de Pourfour du Petit ont été faites dans les premières vingt années du siècle dernier. Le lambeau n'a été introduit en France par Daviel que vers le milieu du même siècle ; il est donc évident que Saint-Yves et Pourfour du Petit ne peuvent avoir eu l'idée d'améliorer la méthode d'extraction à lambeau. On aurait pu attribuer cette idée à Palucci, mais ses raisons de substituer à l'incision usitée une incision moins courbe (non pas une incision linéaire) étaient tout autres. Wardrop a acquis, pro-

(1) *Gazette des hôpitaux* du 3 sept. 1864.

(2) Dans le même discours, M. Follin attribue la combinaison méthodique de l'iridectomie avec l'extraction linéaire à M. Schuft et à M. Mooren. M. Follin prétend que l'iridectomie a été faite par M. Schuft, immédiatement avant l'extraction ; par M. Mooren, quinze jours avant l'extraction. Puisque les mérites de M. Schuft n'ont rien à faire avec l'introduction de l'iridectomie, et que ceux de M. Mooren n'ont rien de commun avec l'extraction linéaire, il s'agit d'un acte de fusion fait par le chirurgien français, dans lequel le nom de l'auteur de l'extraction linéaire modifiée lui a échappé.

bablement par des malentendus de langue, la réputation d'avoir exécuté une incision linéaire. Cette réputation était tellement répandue, que, pour mon premier travail, j'ai cru inutile de remonter à la source. Gibson enfin a, il est vrai, de grands mérites pour l'extraction linéaire : il s'est prononcé plusieurs fois dans son ouvrage sur les avantages des petites incisions comparées au lambeau. Cependant ce n'est pas cette idée qui formait le point de départ de son procédé ; c'était plutôt la considération des dangers et la longue durée du traitement après la discision.

Pour prouver ces assertions et pour faire ressortir au moins les points éminents dans l'histoire de notre sujet, je donnerai l'exposé suivant.

L'extraction était inconnue comme méthode (1), lorsqu'en 1707, Charles de Saint-Yves fit, en présence de Méry, l'extraction d'une cataracte crétacée, à ce qu'il paraît, et qui était tombée spontanément dans la chambre antérieure. Il fit l'incision au-dessous du centre de la pupille en ponctionnant d'abord avec une lancette ; puis il

(1) Il est vrai que les propositions et les essais d'extraction n'ont pas manqué parmi les chirurgiens du XVII[e] siècle, abstraction faite des médecins de l'antiquité, du moyen âge, et en dehors des dates peu sûres que nous possédons sur quelques empiriques.

Johann Conrad Freytag, qui est généralement mentionné comme prédécesseur de Daviel, a fait déjà sans doute des extractions à Zurich, à la fin du XVII[e] siècle, comme il résulte du rapport de son fils (*Dissertatio de cataracta quam præside* Joh. Boeclero *tuebatur* Joh. Enricus Freytag, 1721 (Haller, *Disput. chirurg.*, t. II), et aussi des notes de Muralt (Joh. v. Muralt, *Schriften von der Wundarznei*, 1711, Basel). Cependant Freytag ne dit rien d'une incision faite dans le but de l'extraction. Il paraît avoir simplement introduit son érigne à cataracte (*acus hamata*) par la petite plaie scléroticale due à l'aiguille d'abaissement, puisqu'il la nomme *angustum foramen*, et qu'il procède, après un essai infructueux d'abaissement, immédiatement à cette introduction, sans rien ajouter sur une nouvelle ouverture. Ce qui est sûr, c'est que Freytag n'a extrait que des cataractes membraneuses (capsulaires), puisqu'il tire de ses opérations mêmes des arguments contre le vrai siége de la cataracte, nouvellement établi alors

dilata en direction transversale jusqu'à 1/2''' des bords de la cornée. L'année suivante déjà, Pourfour du Petit fit la même chose, en présence de Saint-Yves et de Méry, à un prêtre qui avait été opéré par abaissement quelques années auparavant, et chez lequel la cataracte, pendant un effort vigoureux, était tombée tout d'un coup dans la chambre antérieure.—En 1716, Saint-Yves fit de nouveau l'extraction d'un cristallin tombé dans la chambre antérieure. Il y avait eu, dans ce cas, une blessure probablement de vieille date, puisque la cataracte était en partie « glaireuse », en partie « pierreuse » et fortement adhérente au voisinage. De cette description, nous pouvons tirer aussi la conclusion qu'il ne s'agit pas de l'extraction d'une cataracte simple traumatique, gonflée et poussée en avant, mais qu'il s'agit des produits d'une inflammation interne, consécutive au traumatisme. La fin de cette note : « le malade guérit en peu de temps », est, comme je suppose, relative à la guérison de la plaie seulement, et non pas à la vision, sur laquelle les anciens auteurs ne donnent généralement que de vagues indications. Saint-

par Brisseau et Maitrejean. Enfin Freytag n'a jamais entrepris l'extraction de prime abord, mais l'a faite trois fois seulement après des opérations d'aiguille.

Petit dit dans les *Acta Soc. reg. scient.* (Paris, 1725), que Blancard, professeur d'Amsterdam, a été le premier qui ait enseigné l'extraction du cristallin entier à travers une incision de la cornée. Le passage en question, dans l'ouvrage de Blancard (*Nieuwe Kunst-Kammer der Chirurgie of he Heelkonst*, Amsterd., 1685, in-12), et le seul relatif au sujet, est le suivant : « Je crois qu'on peut faire une petite plaie dans la partie inférieure du globe oculaire, et sortir la cataracte à l'aide de deux aiguilles réunies en forme de tenailles. Il n'y a pas de crainte alors que le cristallin ne remonte ; la sortie des humeurs n'offrira pas non plus de difficulté, parce que la plaie est à la partie supérieure de l'œil, qui est fixé. *Je crois que cela est praticable.* » Il résulte de cette citation, d'ailleurs très-intéressante, qu'il ne s'agit que d'une proposition, et que Blancard, qui d'ailleurs partageait encore les idées de la nature membraneuse de la cataracte, n'enseigne pas une méthode soumise à l'expérience.

Yves communique ces trois opérations avec quelques observations générales sur cette méthode d'opérer (1).

Il assure d'ailleurs avoir employé ce procédé plus souvent encore.

Méry, témoin avec Saint-Yves de l'opération faite en 1708 par Pourfour du Petit, en a donné, dans cette même année, un rapport détaillé à l'Académie royale des sciences (rapport sur lequel Saint-Yves s'appuie plus tard contre Woolhouse). Il est indiqué, dans ce rapport, que Petit

(1) *Nouveau Traité sur les maladies des yeux*, Paris, 1722.

Il dit à la page 302 du chapitre XXI : « Lorsque les cataractes ont passé dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse, il faut y faire une opération particulière ; mais avant d'en expliquer la méthode, je dirai de quelle façon elles peuvent passer par le trou de la prunelle, et se loger entre l'iris et la cornée transparente.... » Après quelques observations sur ce dernier point, il continue :

» Quand on veut faire l'opération pour tirer le corps du cristallin qui aurait ainsi passé, il faut asseoir le malade sur une chaise, l'œil bien exposé au jour ; ouvrir les deux paupières avec le pouce et l'index ; puis, avec une lancette bien tranchante, fendre la cornée transparente, un peu au-dessous du milieu de la prunelle, et continuer l'incision transversalement d'un côté à l'autre, de sorte qu'il ne reste pas plus d'une demi-ligne de la cornée transparente de chaque côté qui ne soit fendue. On introduira pour lors, par l'ouverture qu'on a faite, une curette fine que l'on passera derrière le corps du cristallin, au moyen de laquelle on la fera sortir par l'incision faite à la cornée. On appliquera ensuite sur l'œil du malade une compresse, et l'on continuera à panser l'œil comme dans la vraie cataracte ; après quoi on couchera le malade dans son lit, sur le dos, la tête peu élevée. Dès le lendemain, on trouve la plaie cicatrisée par une raie qui n'est pas plus apparente qu'un cheveu. Quoique j'aie fait plusieurs de ces opérations, je me contenterai d'en apporter trois exemples, savoir une de chaque espèce de cataracte qui se loge dans la chambre antérieure de l'œil. Le premier fut en 1707, en présence de M. Méry, de l'Académie royale des sciences, à un marchand de la ville de Sedan, lequel vint à Paris à l'occasion d'une cataracte branlante qui avait passé par le trou de la prunelle dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse. La cataracte pressait tellement l'iris, qu'elle causait au malade une douleur de tête très-considérable, avec une insomnie qui lui durait depuis trois mois. Je n'avais jamais entendu parler d'une semblable opération ; mais, faisant réflexion que j'ouvrais bien la cornée pour vider un abcès qui se trouve derrière, je tirai la conséquence que je pouvais le faire également pour un corps solide, et j'opérai de même. Ce corps tiré de l'œil ressemblait entièrement à du plâtre. Je fis ensuite coucher le malade sur le dos. Le lendemain, je m'y rendis avec M. Méry, et nous trouvâmes que le malade avait bien dormi, ce qu'il n'avait pas fait depuis

traversa la cornée avec une aiguille rainée, et fit ensuite l'incision avec une lancette conduite dans la rainure (1). Ce rapport a encore une autre importance pour l'histoire de notre sujet. Méry, en terminant, fait la proposition d'éloigner aussi, par des incisions pareilles (linéaires), des cataractes placées derrière la pupille : « J'ai fait voir, dans la première observation, un glaucome flottant dans la partie de l'humeur aqueuse contenue entre l'iris et la cornée transparente. Ce cristallin obscurci a été tiré en dehors par une ouverture faite à la cornée, sans qu'il soit

longtemps, que la plaie était cicatrisée, et l'humeur aqueuse, qui s'était écoulée par l'opération, entièrement réparée.

» La seconde opération fut faite en 1708 par M. Petit, fameux chirurgien, et à présent membre de l'Académie royale des sciences, à un prêtre dont le cristallin, dans un effort qu'il fit quelques années après s'être fait abattre une cataracte, passa par le trou de la prunelle et se logea entre l'iris et la cornée transparente. M. Petit, entre les mains duquel était ce prêtre, me fit avertir pour être présent à l'opération, à laquelle M. Méry se trouva aussi. M. Petit, ayant percé la cornée avec une lancette, tira le corps par cette ouverture, et nous trouvâmes que c'était le cristallin. Ce prêtre fut bientôt guéri. Je l'ai rencontré dans Paris, plus d'une année après cette opération, et je l'ai vu lire parfaitement bien avec une lunette à cataracte.

» Ce fait, rapporté à l'Académie des sciences, n'a pas laissé d'être contesté par M. de Woolhouse, qui a prétendu, dans un de ses écrits, qu'on avait fait disparaître cet ecclésiastique pour ne pas être vu et examiné par lui. Il me pardonnera de le citer ici, car je dois rendre justice à la vérité comme ayant été un des témoins de cette opération que M. Méry a fait insérer, aussi bien que la précédente, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences* des années nommées.

» La troisième opération fut faite, en 1716, à un pauvre homme qui demeurait au faubourg Saint-Germain, rue Cassette. Il fut blessé à l'œil ; le cristallin se détacha et passa par le trou de la prunelle, entre l'iris et la cornée transparente. Je tirai ce corps, qui était en partie glaireux et en partie pierreux, et devenu adhérent à la cornée. L'adhérence détruite, je tirai le cristallin, qui tenait à une des fibres ciliaires assez longue, laquelle je coupai le plus avant qu'il me fut possible avec les ciseaux. L'opération a réussi parfaitement bien, et le malade guérit en peu de temps. »

(1) Voici comment M. Petit s'y prit pour l'ôter : « Il traversa d'abord la cornée transparente avec une aiguille rainée au-dessous de la prunelle ; conduisant ensuite une lancette dans sa rainure, il coupa la cornée depuis le trou de l'entrée de l'aiguille jusqu'au trou de la sortie, et tira enfin avec une petite curette d'argent cette prétendue cataracte par l'incision, ce qu'il fit avec beaucoup d'adresse. » (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1708, page 310.)

arrivé à l'œil aucun accident. On pourrait aussi tenter la même opération lorsque le glaucome est placé derrière l'iris sans y être adhérent, quand son diamètre serait plus grand que celui de la prunelle, parce que ce trou de l'iris s'élargit largement... » Cependant cette proposition ne fut pas exécutée, et il fut réservé à Daviel d'introduire de nouveau la méthode par l'extraction en forme de lambeau.

En s'appuyant sur les faits allégués, on peut sans doute déclarer Saint-Yves et Pourfour du Petit les auteurs de la section linéaire de la cornée ; pourtant ils ne l'appliquèrent qu'aux *cataractes ou rudiments de cataracte tombés dans la chambre antérieure :* même leurs imitateurs, par exemple Taylor (1), n'allèrent pas plus loin dans les indications du procédé. Par rapport à la méthode par extraction en général, Saint-Yves et Pourfour du Petit peuvent être considérés comme les précurseurs de Daviel.

Il est facile de constater que les choses se sont passées ainsi, par les déclarations auxquelles Daviel se crut obligé, lorsque plus tard du Petit voulut amoindrir ses mérites pour la réintroduction de l'extraction. « Je vous prie, monsieur, dit Daviel dans une lettre adressée à Joyeuse, de vouloir bien faire attention à l'importance de cette opération, puisqu'il s'agit d'une cataracte tirée de la chambre postérieure, et non pas de l'antérieure. Il y a, sur cette dernière, plusieurs observations rapportées par feu M. de Saint-Yves (2). Mais cet auteur célèbre ne fait

(1) *New Treatise of the diseases of the eyes,* 1733.
(2) *Nouveau Traité sur les maladies des yeux.* Paris, 1722.

aucune mention des cataractes tirées de la chambre postérieure de l'œil. »

Vers le milieu du XVIII[e] siècle, on vit renaître la méthode d'extraction qui, nous pouvons le dire, fut alors inventée pour l'ophthalmologie scientifique; bientôt après surgirent les modifications les plus différentes des instruments employés habituellement et de la forme de l'incision. Mais, parmi tous les ophthalmologistes du siècle dernier, je n'en trouve aucun qui aurait voulu sacrifier les avantages qu'une *plaie béante* offre pour la sortie du cristallin (1) à la guérison plus facile d'une incision plus limitée. Parmi ceux à qui, par erreur, je le crois, on a attribué cette idée, je dois nommer Siegwart, Palucci, et (au commencement de ce siècle) Wardrop. Qu'il me soit permis de dire quelques mots sur les incisions de la cornée employées par ces auteurs.

Georg Friedrich Siegwart, professeur de chirurgie à Tubingen, avait étudié à Paris la méthode de Daviel, et les défauts de cette méthode lui avaient inspiré l'idée de changer la forme de l'incision. Il parle dans les termes suivants des avantages de l'incision *droite* qu'il avait imaginée : « Incisio corneæ circularis, omne licet arte adhi-

(1) Je ne pense pas devoir accorder ici une place à frère Côme, quoique plusieurs écrivains affirment qu'il pratiqua, pour l'extraction de la cataracte, une section rectiligne tombant dans le diamètre horizontal de la cornée, comme on l'a dit plus tard de Wardrop. En poursuivant cette tradition jusqu'à sa source, on arrive à la thèse de Siegwart (imprimée dans les *Disputationes chirurgicæ* de Haller, tome II). Siegwart avait constaté (page 225), chez *une* femme dont l'œil gauche avait été opéré avec succès par Daviel, l'œil droit avec insuccès par frère Côme, sur ce dernier œil, une cicatrice large, rectiligne, traversant horizontalement la cornée. Certes, il est impossible de rien déduire de cette observation isolée en faveur d'une méthode opératoire particulière; et il est beaucoup plus rationnel de supposer qu'il s'est simplement agi d'une section peu correcte dont nous voyons assez fréquemment des traces analogues chez des individus opérés par des mains peu habituées.

» bita, forficibus istis curvis et sub incerta oculi mobilitate » fortuito applicatis, non potest non contingere inæqualis, » labia vulneratæ corneæ lacerata omnino relinquens. Ab » hisce defectibus nostra iterum libera est methodus. Vul» nus infligitur rectum et æquale nec ore facile hians diffor» mi; felicius igitur citiusque iterum conglutinatur minori » et forte fera nulla superstite cicatrice (1). » Si ce passage nous fait pressentir la proposition d'une plaie linéaire, la description *détaillée du procédé* (2) montre pourtant que Siegwart n'a pas fait une simple incision rectiligne, mais un lambeau anguleux de la forme suivante à peu près (fig. 15). Ce lambeau est formé, si l'on veut, par trois incisions linéaires : une petite au milieu, faite d'abord avec la lan-

(1) *Dissertatio chirurgica de extractione cataractæ ultra perficienda*, respondente Davide Manchart. Tubing., 1752, in Haller, *Disputat. chirurg. selectæ*, Lausannæ, 1755, in-4°, t. II, p. 244.

(2) « Oculo nunc ægri, monente artifice, sursum moto debiteque posito, in medio inferioris hemisphærii corneæ, lineæ distantia supra marginem, quo cornea scleroticæ jungitur, lanceola semper ad mobilitates oculi incertas attemperata, brachio in mensa justa posita suffulto, in dicto corneæ puncto apponatur placideque demittatur, moxque sursum versusque pupillæ centrum uveam inter atque corneam directa altius introducatur, et tandem ista, eadem vi et dexteritate reducta, iterum extrahatur. Hæ primum operationis complent stadium quo absoluto sepositoque priori instrumento, sumatur spongia aqua tepida imbuta, iterumque modice expressa, eaque eluatur plorans oculus. Hanc seponendo manu sinistra comprehendatur specillum supra descriptum (specillum sulcatum, in marginibus læve, et extremitate gaudens polita non sulcata, p. 235) dextra vero manu forfex digito annulari, annulo forficis inferiori, pollice vero superiori ipsius annulo immissis. Utraque interim palpebra per ministrum cautione jam indicata, remota specillum sulcatum per vulnusculum lanceola arte factum, immittatur atque inter uveam et corneam, oblique ascendens, manubrio interim paululum declinante, usque ad lineam horizontalem, corneam in medio ipsius secantem, inque duo æqualia hemisphæria dividentem, certæ oculi mobilitati attemperata, dirigatur, atque ita nisu extremitatis specilli politæ contra superficiem corneæ internam modice pressante, oculi bulbus quantum fieri potest figatur ac immobilior redatur. Quo facto, forfice specilli sulco dirigente *unica et recta incisione* a vulneris prioris initio ad finem sulci immisci specilli operiatur cornea. *Eadem cura atque directione in altero corneæ latere instituatur ipsius incisio.* » (*Loc. cit.*, pag. 232.)

cette; puis deux latérales faites avec des ciseaux droits conduits dans la rainure d'une sonde cannelée, qu'on in-



Fig. 15. — Lambeau de Siegwart.

troduit dans la première incision centrale. Une incision pareille ne peut certes pas prétendre au nom d'incision linéaire; elle n'y aurait pas plus de droit que l'incision de Wardrop, composée d'une manière semblable, et dont je donnerai plus loin la description. Siegwart était guidé sans doute par l'idée d'obtenir des bords plus réguliers pour la plaie, à l'aide de ciseaux droits, au lieu des ciseaux courbes dont Daviel s'était servi. Il ne cherchait pas à obtenir une plaie moins béante.

Palucci doit être nommé sous deux rapports. D'abord, une de ses opérations (1) fournit le premier exemple de l'extraction d'une capsule du cristallin par une incision

(1) Le cas en question est contenu dans un petit livre dont le titre a été mutilé d'une manière toute particulière dans la plupart des écrits allemands. Le titre n'est pas : « Histoire de l'opération de la cataracte », dénomination qui, par rapport à l'époque de la publication, pourrait nous faire espérer des explications historiques importantes ; mais le livre est intitulé : « *Histoire de l'opération de la cataracte faite à six soldats invalides*. Paris, 1850. « Ces six opérations (voyez aussi la traduction allemande : *Beschreibung eines neuen Instrumentes, den Staar mit allem nur moeglichem Erfolg niederzudrücken, nebst einer Nachricht von denen Operationen, welche damit bei sechs Invaliden zu Paris unternommen wurden*, aus dem Franzœsischen uebersetzt ; Leipzig, 1752) sont toutes des opérations d'abaissement. Dans le sixième de ces cas, où l'abaissement fut exécuté deux fois, la capsule remonta et fut extraite de l'œil *per corneam*.

« J'ouvris vers l'angle interne de la cornée transparente, au-dessous de la prunelle, un peu obliquement par rapport à la direction de tout le corps ; j'introduisis de petites pinces propres pour faire cette opération. »

linéaire (1), procédé érigé en méthode par Gibson et indépendamment de celui-ci, mais plus tard, par Friedrich von Jaeger. Les mérites de Palucci se rattachent sous ce rapport à ceux de Saint-Yves et de Pourfour du Petit. Si ces deux hommes doivent être désignés comme les auteurs de l'extraction linéaire, nous devons dire aussi que Palucci élargit les indications de cette opération, qui, depuis lui, fut employée non-seulement pour des cataractes tombées dans la chambre antérieure, mais aussi pour des cataractes capsulaires.

En outre, Palucci a modifié l'extraction à lambeau pour les cataractes ordinaires, dans ce sens, qu'il faisait une incision présentant un arc dont la corde a 4''', la hauteur 1''' 1/4 environ. Cette incision a la forme à peu près de la figure 16.



FIG. 61. — Lambeau de Palucci.

Il a inventé, pour cette opération, un instrument particulier dont la pointe est une aiguille, et qui prend la forme de tranchant à quelque distance de la pointe. L'effet de ce tranchant ne commence que lorsque l'aiguille est sortie par Z (2).

(1) Nous avons déjà mentionné que l'extraction des cataractes membraneuses fut faite longtemps auparavant par Freytag, et depuis par plusieurs imitateurs ; mais ces auteurs entraient ou bien par une ponction dans la sclérotique, ou nous laissent tout à fait en doute sur la forme et l'endroit de leur incision.

(2) « L'incision qu'on fait à la cornée pour préparer le passage du » cristallin, c'est-à-dire à la cataracte, réunit aussi beaucoup de diffi- » cultés qui ne regardent pas seulement la manière de pratiquer cette » incision, mais aussi la réunion.

» Les premières de ces difficultés naissent de ce qu'on ne peut point » assujettir le globe, comme je l'ai déjà démontré ; de la dureté de la » cornée ; du peu d'espace qu'il y a entre la cornée et l'iris, dont la moin-

Il résulte de l'argumentation de Palucci que, dans le choix de cette incision, il n'a pas été guidé par l'idée de rendre la plaie moins béante. Il présumait plutôt que de cette manière l'œil serait plus facile à fixer pendant l'opération; il croyait en outre que, dans cet endroit, la cornée était moins dure; que la profondeur, relativement plus grande de la chambre antérieure, facilitait la section; enfin qu'il y avait grand avantage à se passer de ciseaux. Son instrument et le mode opératoire ont certainement plus d'analogie avec l'opération ultérieure d'extraction à lambeau que ne l'avait le procédé primitif de Daviel; mais il n'est pas possible de lui attribuer, par rapport à sa méthode, un rôle dans le perfectionnement de l'extraction linéaire, parce que : 1° ses motifs n'étaient pas ceux qui forment la base de cette méthode, et 2° parce que le lambeau obtenu par l'incision recommandée offre encore trop de hauteur pour mériter le nom de plaie linéaire, bien qu'il s'en approche comparativement plus que ne le faisait l'incision semi-circulaire. Tous les efforts qui

» dre blessure est capable de faire perdre l'œil. J'ai vu, par mes expé- » riences, que les ciseaux ne sont pas propres pour agrandir l'ouverture » de la cornée, parce que leur incision n'est jamais nette, quelque justes » et polies qu'ils puissent être, ce qui prolonge la réunion de l'ouverture » ou l'empêche même entièrement. C'est pourquoi j'ai imaginé une ai- » guille d'une espèce particulière dont je me sers de la manière suivante : » Je l'introduis par le point X quand j'opère sur l'œil gauche, et lui » donne une direction parallèle au plan de l'iris ; je fais sortir la pointe » par Z, qui est le point diamétralement opposé à celui par lequel je l'in- » troduis. Dans le même temps que je pousse l'aiguille sans interruption, » un tranchant qui se rencontre à quelque distance de la pointe, et dont » la largeur augmente insensiblement en approchant du manche, coupe » la portion de la cornée comprise entre X et Z ; ce tranchant, étant dirigé » obliquement à l'épaisseur de la cornée, et étant tourné vers la partie » inférieure de l'œil, produit une incision qui présente un arc. Voilà le » moyen le plus simple et le plus prompt pour ouvrir la cornée. »

(*Méthode d'abattre la cataracte*, 1752, Paris, in-12, page 159, dans le chapitre : *Remarques sur l'extraction de la cataracte hors de la place ordinaire.*)

furent faits pour conserver la position des angles de la plaie, en diminuant la hauteur du lambeau, devaient d'ailleurs rester infructueux en principe. Nous savons déjà de l'extraction à lambeau que si la distance qui sépare la plaie de la périphérie de la cornée augmente, la sortie du cristallin devient plus pénible, la cornée et l'iris sont plus fortement contusionnés, et par cela même les chances d'une guérison rapide et complète sont diminuées. Pour amoindrir la hauteur du lambeau sans exposer l'opération à ces inconvénients, il aurait fallu changer radicalement le principe de la section même, c'est-à-dire donner à l'incision un plus petit angle d'ouverture, relativement au centre de la cornée. Ces considérations expliquent aussi pourquoi Palucci, tout en exaltant les avantages de son incision, n'obtint pas des résultats assez heureux pour devenir partisan de la méthode d'extraction. Nous reconnaissons facilement dans ses écrits qu'il resta, après comme avant, grand ami de l'opération par aiguille. Ainsi le même article, dans lequel il recommande la nouvelle incision, se termine par ces paroles peu encourageantes : « Je ne finirais point si je voulais entrer dans un plus long détail sur les inconvénients de l'extraction. »

S'il était vrai que Wardrop eût prescrit une incision traversant la cornée en ligne droite comme méthode générale d'extraction, nous serions obligé de lui attribuer un rôle dans la généralisation du procédé linéaire. D'autre part, il nous serait impossible de comprendre comment Wardrop aurait pu obtenir le moindre succès par ce procédé, car, nécessairement, cette incision doit rendre la sortie du cristallin tout particulièrement pénible, et doit augmenter sensiblement les dangers de la contusion. Ce-

pendant toute cette supposition est fondée sur une erreur. L'incision de Wardrop forme, comme celle de Siegwart, un lambeau anguleux qui rend la plaie presque aussi béante que l'incision semi-circulaire. Comme l'incision de Siegwart, qui est formée de trois incisions linéaires, une petite au milieu et deux plus grandes vers les côtés, celle de Wardrop paraît composée également de trois incisions linéaires. Ici seulement la plus grande est au milieu des deux petites faites vers les côtés et de longueurs inégales, à peu près comme dans la figure 17.



Fig. 17. — Lambeau de Wardrop.

Dans le choix de cette incision, Wardrop est parti de la conviction que les dangers de l'incision, employée ordinairement, sont causés surtout par la proximité du bord de la cornée. Il croyait qu'une partie plus large laissée à la périphérie de la cornée empêcherait avantageusement le prolapsus de l'iris. Il trouve un autre avantage de son procédé dans la direction escarpée que le canal de la plaie prend, du moins dans la plus grande partie d'une des incisions latérales, et dans toute l'incision centrale. En ponctionnant pour la première incision latérale, Wardrop dirige le couteau aussi perpendiculairement que possible ; pour l'incision centrale, il tourne le tranchant directement en avant. Il croit, par ce moyen, obtenir une plaie interne (*the length of the incision of the internal layer*) relativement plus grande. Enfin, il indique, pour recommander son procédé, une série de

circonstances secondaires pour lesquelles je renvoie à l'ouvrage cité (1).

(1) Nous prenons les passages relatifs à notre sujet dans James Wardrop : *Practical observations on the mode of making the incision of the cornea, for the extraction of the cataract* (*Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. V, 1809, Jan.). Après avoir parlé des inconvénients de l'incision semi-circulaire en usage, l'auteur dit, page 3 : « All these disadvantages in the usual mode of making the incision of the cornea appeared to me to arise chiefly from the want of a sufficient portion of the cornea being left at the inferior part of the wound to support the iris, and to prevent the pressure of the parts contained within the eye-ball, and the occasional action of the muscles pushing forward the iris towards the wound of the cornea. I therefore conceived that if the incision could be made in such a manner, that a larger portion of the cornea could be left at the inferior part of the wound, and that if at the same time it was made of such a form as to allow the easy extraction of the lens, a considerable improvement would be made in the operation. With this view, I made the incision in the following manner. » — Après avoir décrit le couteau à cataracte de Beer, l'auteur continue ainsi : « Having previously oiled the knife to make it cut more keenly, its point is to be thrust through the cornea a little above its transverse diameter and one line from its margin, in direction as if it was to pass through the pupil, or nearly perpendicular to the spherical surface of the cornea. When it reaches the plan of the iris, the blade is to be moved a little upon the incision which is already made, as a fulcrum, so that the point is elevated and turned towards the opposite side of the cornea. It is then to be carried forward and a little obliquely downward so that the cornea is again punctured at its transverse diameter, at the same distance from the sclerotical coat at which it had been entered on the opposite side. By these two incisions the blade has cut perpendicular, or very nearly so, to the spherical surface of the cornea and the gradual thickening of the knife, by filling up the wound as fast as it made, prevents the aqueus humour from escaping. The eye is now completely secured by the knife, and the incision is to be finished by turning round the blade on its axis, thus keeping the edge turned outwards, in such a manner that the remaining part of the incision is a straight line and therefore nearly perpendicular to the lamellæ of the cornea. » — Viennent ensuite deux figures, dont l'une (fig. III), presque identique avec celle donnée plus haut dans le texte, représente l'incision dans la forme qu'elle aurait si « the cornea, instead of being a spherical, was a plain surface » ; l'autre figure (fig. IV) représente l'incision comme elle est réellement (fig. 18) :

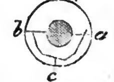


Fig. 18. — Lambeau de Wardrop.

Plus loin Wardrop dit : « By the inspection of these figures it therefore appears : 1° That a large portion of the ring of the cornea is left attached

S'il est intéressant et instructif d'étudier les opinions de Wardrop qui témoignent toujours d'une observation attentive, et qui, sous beaucoup de rapports, nous frappent par leur maturité, relativement à l'époque où elles ont été faites, nous ne pouvons pourtant, d'après tout ce que nous avons dit, leur attribuer plus qu'à celles de Siegwart un mérite quelconque pour l'extraction linéaire.

Gibson, au contraire, occupe dans notre sujet une

to the sclerotic coat, and must form, from its thickness, a complete support to the iris. 2° That as the incision is throughout nearly perpendicular to the lamellæ of the cornea, the length of the incision of the internal layer will be greater than when it is made in the usual manner and equal to that of the external one, and, consequently, the lens will be more easely extracted through it. 3° The upper edge of the internal incision is also further below the edge of the pupil. 4° As the flap is very small, the edges thick and not easely moveable, or apt to be caught by the motion of the eye-lids, the lips of the wound are not liable to be displaced, and consequently the wound has a much better chance of uniting by the first intention, and lastly the cicatrix which remains is scarcely perceptible and cannot be distinguished when the cornea is looked upon in a direction perpendicular to its surface. » — Après cela, l'auteur fait ressortir l'avantage de l'incision C qui se trouve au milieu, entre le bord de la cornée et le bord de la pupille (de dilatation moyenne), et il discute les inconvénients qui se produisent quand on s'écarte de cette règle. Puis Wardrop indique comment on peut éviter la lésion de l'iris pendant l'exécution du lambeau, et à cette occasion il recommande, d'une manière très-lucide, la manœuvre, adoptée généralement plus tard, de refouler l'iris avec le bout de l'index, et de continuer l'incision sous le doigt même. Après quelques observations sur une fixation sûre de l'œil, et après la communication qu'il a fait vingt opérations de cette manière, l'auteur ajoute : « I have also observed in some persons who have been operated on by the most able oculists, that the incision of the cornea was no means of the regular semicircular form, nor was it so near to the circumference of the cornea as is recommended ; notwithstanding, the lens in these cases was readily extracted and the pupil remained perfectly regular. This most frequently happened in eyes which were operated on with the left hand. I therefore did not consider it as the aim of the operator to make the incision of such a form, but rather as an accident occasioned by the difficulty which most people find in using their left hand. » — Enfin, vient encore une observation intéressante contre Maunoir. Wardrop ne partage pas l'opinion que les incisions démesurées disposent la cornée à la nécrobiose ; il croit seulement qu'elles en retardent la guérison, et qu'elles sont la cause d'un écoulement prolongé de l'humeur aqueuse.

place éminente. Ce fut lui qui eut l'idée de faire sortir le cristallin par une incision linéaire, quelques semaines après avoir pratiqué la discision. Il a consacré à ce sujet le troisième chapitre de son ouvrage, très-remarquable aussi sous d'autres rapports, intitulé : « *Practical Observations on the formation of an artificial pupil in several deranged states of the eye, to which are annexed Remarks on the extraction of the soft cataract, and these of the membraneous kind, through a puncture of the cornea.* Illustrated by plates. London, 1811. « Cependant il recommande son procédé seulement pour les cataractes molles, et dans les cas où la résorption, après une seule discision, tarde à s'opérer ou est accompagnée d'accidents dangereux pour l'œil. Il s'exprime de la manière suivante : « .... I should recommand its adoption in extract-
» ing the soft cataract, *after the couching needle has been*
» *employed without success* upon these grounds : That
» is generally accomplished at once, what might require
» the introduction of the couching needle several times,
» and that it is attended with less risk and irritations of
» the eye and gives the patient less pain. » — Il exécute l'incision en ponctionnant la cornée avec le couteau à cataracte à 1‴ de distance du bord sclérotical. Quoiqu'il n'y ait pas à cet endroit d'indication sur la grandeur de l'incision, il paraît, selon la note de la page 39 (*loc. cit.*), qu'elle est fixée à 3‴ une fois pour toutes : « A puncture
» is then to be made in the cornea with a broad cornea-
» knife, within a line of the sclerotica to the extent of
» about three lines (1). »

(1) Gibson dit de l'opération même : « The cornea-knife of the largest size is then to be introduced through the cornea, towards the outer angle

Outre cela, Gibson a le mérite d'avoir érigé en méthode l'extraction des cataractes capsulaires ou des opacités membraneuses par l'incision linéaire, sur laquelle on n'avait fait, à ce qu'il paraît, d'études suivies depuis le cas isolé de Palucci (voyez plus haut). La quatrième partie de l'ouvrage précédemment cité est consacrée à ce sujet (1).

Gibson a été amené à son procédé de la discision combinée avec l'extraction linéaire, par les inconvénients

of the eye, at the usual distance from the sclerotic coat. If there be any doubt of the free laceration of the anterior part of the capsule of the lens, the point of the cornea-knife should be directed obliquely through the pupil, so as to make a more free division of it. All pressure on the eyeball must now be avoided and the cornea-knife gradually withdrawn, which is attended with the evacuation of the aqueous humour and some portion of the cataract. The curette is next to be introduced through the incision and advanced towards the pupil, by which the whole of the cataract may commonly be by degrees removed in a pulpy state, so as to render the pupil perfectly clear. Its removal is generally much facilitated by gentle pressure towards the vitreous humour with the convex surface of the curette, whilst the point is inserted through the pupil. Sometimes however the cataract is not reduced to a sufficient degree of softness by the action of the aqueous humour, and this state makes its removal more slow, but seldom renders the repetition of the operation necessary. For, when a considerable portion of the cataract has been removed, the remainder is generally observed to be so much reduced in bulk before the fit period for another operation; as to insure its speedy disappearance. »

(1) « The variety which I shall select for explaining the mode of operation, is a simple membranous cataract, which has not contracted adhesions with the iris, but has either existed from birth, or has remained after the extraction or depression of the lenticular cataract. In such a case, the point of the cornea-knife, after penetrating the cornea, is to form a small puncture in the membranous cataract, as near as possible to the margin of the iris, towards the external angle of the eye. The knife is then to be quietly withdrawn, and by the escape of a part of the aqueous humour, the pupil becomes dilated by pressure a tergo, and the pupil in the membranous cataract is sometimes a little enlarged. Through the puncture the small hook is to be passed behind the opake membrane, with its point directed downwards, until it reaches the opposite parts of the membranous cataract, next the internal angle of the eye. The point of the hook is now to be directed, forwards, and is to be passed through the membrane so as to lay hold of it. By gently drawing with slight extracting efforts towards the opening of the cornea, the whole or a considerable part of the opake membrane may generally be removed. » — Dans les cas exceptionnels, Gibson se servait aussi des pincettes au lieu du crochet. Quand les adhérences empêchaient l'extraction, il attirait la mem-

de la méthode de broiement qui était alors ordinairement employée dans les cas de cataracte molle. Cependant il reconnaissait parfaitement les avantages généraux des plaies par ponction sur le lambeau, car il s'exprime ainsi vers la fin de son ouvrage : « ... The operations have one » circumstance in common, viz the small incision (1) which » is made in the cornea. Principally to this I attribute the » rare occurrence of any inflammation either after the » formation of an artificial pupil, or after the extraction » of a sof tor membranous cataract. By the adaptation of » instruments to operate on the internal parts of the eye, » through so small an aperture, it appears to me that not » by the inflammation of the cornea, which sometimes » results from a more extensive division of that membrane » in the operation of cataract, but also the less frequent » yet generally more obstinate and destructive inflamma» tion of the internal parts of the eye, which the couching » needle occasionally induces, are avoided with equal » certainty... »

Tandis que Gibson, dans l'opération de la cataracte,

brane vers la plaie et en coupait une partie suffisante avec les ciseaux à iris. Il mentionne aussi un cas dans lequel la dimension des débris membraneux du cristallin rendait nécessaire la dilatation de la plaie primitive. Il parle d'un autre cas dans lequel il fit une pupille artificielle, parce que des adhérences très-fortes empêchaient aussi bien l'extraction qu'une excision suffisante. Gibson, en s'appuyant sur ce dernier cas, prescrit de faire généralement l'excision d'une partie de l'iris en même temps que celle de la capsule, toutes les fois que d'avance il paraît douteux d'obtenir par l'extraction de la capsule seule un espace pupillaire suffisant. Il prescrit la même opération pour les cas où d'autres circonstances indiquent le danger de voir se refermer la nouvelle ouverture.

(1) Wardrop interprète de la même manière les innovations dues à Gibson, car il dit (*Sketch of the life and writings of the late* M. Benjamin Gibson, in *the Edinb. medical and surgical Journal*, vol. X, 1814) vers la fin de son rapport : « The great advantages from M. Gibson's mode of operating, both in soft and membranous cataracts arise of the smallness of the wound of the cornea and the little inflammation which seems to ensue. »

faisait toujours précéder l'extraction du cristallin de la discision, Travers arriva à faire sortir immédiatement les cataractes molles par une petite incision de la cornée quarter section), en se servant parfois de la curette. Sa manière d'opérer n'était pas une modification du procédé de Gibson qu'il ignorait encore, mais un résultat de ses propres observations pratiques, sur les inconvénients de l'extraction à lambeau. Travers arriva à son procédé après avoir déjà expérimenté plusieurs autres modifications destinées à éviter les dangers du lambeau. La marche de ses expériences, que nous trouvons dans le traité : *Further Observations of Cataract* (*Medico-chirurgical Transactions of London*, 1814), était la suivante :

Travers, croyant reconnaître la plus grande difficulté de l'extraction ordinaire dans le peu d'espace de la chambre antérieure (convexité de l'iris), se décida à entrer d'abord avec une aiguille à réclinaison dans la chambre postérieure, à déchirer la capsule, et à manœuvrer de manière que le cristallin déplacé passe avec son bord inférieur dans la chambre antérieure. Quelques minutes après, il fit l'extraction de ce cristallin déplacé, à travers une incision à lambeau (1). Après avoir opéré pendant quelque temps de cette manière, Travers se persuada qu'une grande incision comme celle usitée pour le lambeau ordinaire, était inutile après ce déplacement préalable du cristallin, surtout pour des cataractes molles, et il commença, par cette raison, à faire une

(1) Selon nos idées actuelles, cette position de la cataracte serait plutôt une difficulté pour l'incision. Travers croyait que le cristallin déplacé repousse l'iris de la cornée, et empêche le danger de blesser l'iris.

petite incision. Il dit d'abord de cette incision : « I carried » the knife only half across the chamber, and withdraw » it. » On devrait croire, d'après cela, que Travers ne faisait qu'une ponction de 2‴ 1/2 à peu près. Plus tard, pourtant, il est toujours question d'une *quarter section*, qui, littéralement parlant, ne peut être obtenue par un couteau à cataracte, si l'on ne veut pas faire de contre-ponction, ni dilater la plaie d'une manière énergique en retirant l'instrument. Or, une pareille dilatation aurait bien mérité une mention spéciale pour ôter tous les doutes sur le procédé en question. — Toujours est-il que Travers, après avoir opéré pendant quelque temps de cette manière, commença à faire tout de suite la petite incision dans la cornée sans avoir précédemment poussé la cataracte dans la chambre antérieure. Il pénétra de prime abord avec le couteau à cataracte dans la capsule, qu'il divisa avec la pointe du couteau. Si la cataracte était complétement molle ou floconneuse, il la faisait sortir, après avoir terminé l'incisisn, ou spontanément, ou par une légère pression extérieure. Si la cataracte était de cohérence moyenne (caséeuse), il introduisait la curette pour déprimer doucement les bords de la pupille, et il faisait sortir la cataracte par fragments. Quant aux cataractes d'une cohérence tout à fait prononcée (dures), il déconseille les petites incisions comme insuffisantes, et reste fidèle au procédé du lambeau.

Nous voyons ainsi qu'au début de ce siècle, on employa déjà un procédé qui, dans les points essentiels, est analogue à celui auquel on a donné plus tard le nom d'extraction linéaire. Je répète encore une fois qu'il est injuste de regarder Travers comme imitateur de Gibson,

puisque le but de ses études fut complétement indépendant du point de départ de Gibson. Celui-ci désira améliorer la méthode de discision, en la faisant suivre d'une ponction ; il s'arrêta à cette combinaison. Travers, reconnaissant les difficultés de l'extraction à lambeau, voulut les éviter, d'abord par le déplacement du cristallin, puis par la réduction simultanée de la grandeur de l'incision ; enfin, ses observations pratiques lui firent abandonner le déplacement, et il pratiqua la petite incision seule pour les cataractes molles. Il est probable que le grand mérite de Travers, qui s'est encore accru par la détermination attentive des indications, aurait été mis plus en avant par les auteurs, si les travaux modernes ne s'étaient rattachés plutôt à la méthode de Gibson.

Quelques mots encore sur la littérature allemande de notre sujet. La méthode de Saint-Yves et de Pourfour du Petit, qui consistait à faire, à travers une petite incision de la cornée, l'extraction du cristallin ou des fragments de cristallin tombés dans la chambre antérieure, avait trouvé, comme ailleurs, des imitateurs parmi les ophthalmologistes allemands du siècle dernier. On opérait aussi de cette manière immédiatement après la discision, quand des fragments de cataracte tombaient dans la chambre antérieure, et que leur résorption faisait craindre quelque inconvénient. Ainsi August Gottlieb Richter (*Anfangsgruende der Wundarzneikunde*, Bd. III, 1790, Gottingen, pages 241 et 244) recommande pour des cataractes lactées la ponction immédiate de la cornée, si une trop grande quantité de liquide passe dans la chambre antérieure, ou si l'on y voit de petits résidus solides dont la résorption paraît difficile. Il recommande

également cette opération si l'on aperçoit, après quelque temps, des résidus solides qui ne sont pas résorbés. La première de ces recommandations a causé probablement l'affirmation de plusieurs auteurs, que l'on pouvait pratiquer la simple ponction de la cornée pour les cas exceptionnels de cataractes complétement liquides. Cependant j'ai fait sans succès des recherches dans notre littérature ophthalmologique de la première moitié de ce siècle, pour trouver des observations où la simple ponction eût été faite d'une manière régulière sans discision préalable.

On sait que Friedrich von Jaeger enseigna d'extraire les cataractes capsulaires par une petite incision dans la cornée, et qu'il nomma cette opération : *extraction partielle*. J'ai déjà dit qu'il fit cela après Gibson, mais indépendamment de celui-ci, de sorte qu'en Allemagne, Jaeger est considéré généralement comme l'auteur de cette méthode. Lui et Edward von Jaeger créèrent aussi plus tard le nom d'*extraction linéaire*, qu'ils mirent à la place d'extraction partielle. Nous reconnaissons à l'introduction de cette nouvelle dénomination le mérite d'indiquer les différences entre cette section, et la section béante du lambeau. Jaeger cependant n'employa cette méthode que pour les cataractes capsulaires.

Les notes précédentes fournissent, pour l'histoire de l'extraction linéaire, les points principaux suivants :

Au commencement du siècle dernier, Saint-Yves et Pourfour du Petit firent les premiers des incisions linéaires pour extraire les cristallins tombés dans la chambre antérieure. Dans cette application, la section linéaire est plus ancienne que la section du lambeau, qui ne fut intro-

duite dans une forme régulière que par Daviel. Méry appuya sur ces opérations sa proposition d'extraire aussi d'une manière semblable les cataractes ordinaires ; mais sa proposition ne fut pas écoutée.

Les incisions proposées par Siegwart, Wardrop et Palucci ne méritent pas le nom d'incisions linéaires; mais il est vrai que Palucci a fait, dans un cas paraissant isolé, une section linéaire, vers le milieu du siècle dernier, pour extraire une capsule cristallinienne remontée. Au commencement de ce siècle, Gibson a fait de l'incision linéaire une méthode pour l'extraction des cataractes capsulaires; il a introduit aussi la section linéaire comme opération des cataractes molles, après la discision préalable faite quelques semaines avant l'extraction. Travers réunit d'abord dans une seule opération, l'opération préparatoire et l'extraction; plus tard il abandonna complétement l'acte préparatoire, et employa seulement une incision un peu plus grande que celle usitée par Gibson pour sa méthode par ponction; il fixa la grandeur de l'incision à 1/4 de la périphérie de la cornée.

Comment peut-on expliquer que ces études déjà bien développées de l'extraction linéaire soient restées sans conséquences sérieuses presque pendant un demi-siècle? Il arrive souvent que des innovations qui doivent avoir une grande valeur dans l'avenir, restent stériles au moment de leur introduction, parce qu'elles ne remplissent pas une dernière condition sans laquelle elles ne justifient pas suffisamment la préférence qu'on leur accorderait sur les procédés en vigueur. Le procédé de Gibson ne pouvait arriver au succès, parce que ses résultats ne sont pas aussi complets que ceux obtenus après la discision

simple menée à bout, quand, pour ce dernier procédé, les cas sont bien choisis. Quant aux cataractes à noyau, le procédé de Gibson entraîne même des dangers sérieux, parce que, dans ces cas, la ponction de la cornée, même après l'acte préparatoire, ne suffit pas pour l'extraction complète. Ainsi la méthode en question resta, dans une série de cas, inférieure à la discision ; dans une autre série, inférieure à l'extraction à lambeau ; et, même en Angleterre, elle ne trouva que des partisans isolés. La plupart, suivant l'exemple de William Adams, ne l'employèrent que pour des noyaux de cristallin tombés dans la chambre antérieure, et pour des capsules du cristallin remontées dans le champ pupillaire (1).

Si nous considérons aussi l'incertitude qui régnait à cette époque dans la détermination pratique de la consistance des cataractes, malgré les divisions et les sous-divisions qui ne font pas défaut dans les livres, nous ne serons pas étonnés qu'une méthode qui exige la plus grande certitude de diagnostic, n'ait pu supporter la comparaison avec les méthodes employées par la plupart des opérateurs. Cette considération frappa aussi le procédé de Travers, du moins en partie. Quoique nous rencontrions chez cet auteur une tendance remarquable à mettre en rapport intime la consistance de la cataracte avec le mécanisme de l'extraction, il n'y avait à cette époque ni éclairage oblique, ni atropine ; la belladone même n'était pas encore généralement employée : et il est tout naturel que des erreurs nombreuses aient eu lieu,

(1) De notre temps (voy. *Arch. für Ophthalm.*, I, 2, p 228 et 255) cette méthode a trouvé aussi une application régulière dans les cas où le cristallin, après discision ou après blessure, menace l'œil par l'augmentation trop considérable de son volume.

quand il s'agissait de déterminer si la consistance de la cataracte permettait une petite incision. Une autre considération cependant est peut-être d'une plus grande influence encore sur notre jugement. Travers employa la méthode, non-seulement pour les cataractes molles, mais il fit encore l'extraction des cataractes visqueuses (quoique non dures) par fragments, et avec la curette, sans iridectomie. Nous comprenons que, de cette manière, les résultats étaient incertains, et que les chirurgiens anglais, déjà très-exercés à cette époque à l'extraction à lambeau et à la discision, ne trouvèrent pas de raison d'imiter le procédé de Travers. Travers lui-même paraît avoir limité plus tard l'emploi de sa méthode opératoire (1).

Lorsque j'ai fréquenté en 1848-1850 les cliniques ophthalmologiques de l'Allemagne et de l'étranger, je n'ai pas entendu un mot d'une extraction linéaire de la cataracte, sauf chez Friedrich von Jaeger l'extraction linéaire des cataractes capsulaires. Je vis toujours opérer les cataractes molles des jeunes gens par discision, les cataractes à noyau par extraction à lambeau ou par réclinaison; et je pensai naturellement faire ainsi un grand pas dans l'introduction de l'extraction linéaire, lorsque je publiai, quelques années après, dans les *Archives d'Ophthalmologie*, mon premier travail sur ce sujet. Si j'avais connu à cette époque les travaux de Wardrop et de Travers dans l'original, je n'aurais pas parlé du premier

(1) Il n'en fait qu'une très-courte mention dans la seconde édition de son ouvrage : *Synopsis of the diseases of the eye and their treatment* (London, 1821), et sans donner une description détaillée de l'opération. Après avoir traité de l'extraction par lambeau, il dit, à la page 334 : « Soft and semi-transparent and unadhering capsular cataracts may all be » conveniently extracted. *They pass through a smaller section.* »

sans motifs dans ce sujet, tandis que je me serais rapproché de l'autre plus que je ne l'ai fait; car il est en effet le seul qui ait employé avant cette époque la section linéaire (ou un lambeau réduit qui s'en rapproche) pour des cataractes complètes, et non pour des cataractes rudimentaires, ou pour des cataractes tombées dans la chambre antérieure, ou enfin après un acte préparatoire de broiement.

Le progrès plus récent de l'extraction linéaire n'est pas ignoré des lecteurs de l'*Archiv für Ophthalmologie*. Deux choses surtout, je crois, ont produit essentiellement ce progrès: l'étude exacte de la consistance des cataractes, que nous devons aux améliorations des méthodes d'exploration, et la combinaison avec l'iridectomie. En seconde ligne, les améliorations des instruments pour la fixation des paupières et du globe oculaire, ainsi que les instruments pour l'extraction du cristallin, y ont contribué d'une manière avantageuse.

APPENDICE.

Depuis que j'ai écrit le mémoire ci-dessus, mes expériences sur le procédé en question se sont triplées, et je ne puis aujourd'hui que confirmer tout le bien que j'en ai dit. En remettant à une autre occasion un rapport sur les détails observés et un tableau numérique des succès obtenus, je me borne pour le moment à quelques considérations sur mes opérations plus récentes.

La section du bord sclérotical a été exécutée toujours selon mes règles primitives. Pendant quelque temps j'avais donné des dimensions plus grandes au lambeau conjonctival, mais je suis revenu à peu près à mon ancienne mesure, puisque en général les lambeaux qui s'étendent trop vers le repli de la muqueuse causent des hémorrhagies plus abondantes, et peuvent s'infiltrer eux-mêmes de sang, ce qui nuit à leur agglutination immédiate avec l'épisclère.

Je dois insister encore plus fortement que je ne l'ai fait sur la règle d'exciser l'iris de la manière la plus complète tout le long de la plaie. De petits enclavements vers les angles sont, il est vrai, très-souvent supportés sans inconvénients ; mais dans les yeux où la pression intra-oculaire est relativement forte, ils se développent en forme de petits prolapsus assez tendus, qui tout au moins retardent la guérison. Aussi je présume que la persis-

tance de portions plus considérables de l'iris entre les bords de la plaie peut, avec des tendances moins favorables à la guérison, provoquer de graves accidents.

La sortie de la cataracte a été effectuée, dans les derniers quatre-vingts cas, exclusivement par la manœuvre de glissement. Je me suis convaincu que cette manœuvre bien dirigée est capable d'évacuer même les cataractes les plus dures. Les avantages incontestables que présente ce mode d'opérer, comparé au crochet, consistent :

1° En ce que la continuité du cristallin y est moins entamée ; que, par conséquent, la corticale accompagne plus complétement le noyau sortant, et exige moins de manipulations ultérieures.

2° Dans le moindre danger de rompre la fosse hyaloïdienne.

Aussi, dans ces derniers quatre-vingts cas, je n'ai eu que cinq procidences du corps vitré (6,25 pour 100, au lieu de 14 que j'avais d'abord). Un de ces cas ne peut presque pas compter, parce qu'il s'agissait d'une *cornea globosa* congénitale, avec tremblement prononcé de l'iris.

Malgré ces avantages, la supériorité de la manœuvre de glissement sur le crochet n'est pas encore prouvée pour tous les cas. Tandis qu'en présence d'une corticale molle le premier mouvement de glissement latéral invite l'équateur du noyau à se présenter dans la plaie, il faut, pour les cataractes dures, répéter ces mouvements à plusieurs reprises et avec plus d'énergie pour arriver au même résultat. L'équateur une fois entré dans la plaie, le dégagement se fait assez vite, il est vrai, mais encore

moins rapidement que par l'action d'un instrument tracteur. Il serait en effet possible que le prolongement de cet acte, qui parfois a l'air d'un temps d'opération assez laborieux, contre-balançât pour une série de cas les avantages sus-mentionnés. Des études comparatives soigneuses se font actuellement à ma clinique pour élucider ce point important; mais quel qu'en soit le résultat, je puis affirmer dès maintenant que la manœuvre de glissement, pour la grande majorité des cas, mérite la préférence, et ne doit plus être restreinte aux cas pour lesquels je l'ai recommandée dans le mémoire. J'espère que la restriction dans de justes limites ou l'abolition des instruments tracteurs constituera un nouveau progrès.

Peut-être sera-t-on porté, en considération des conditions spéciales de notre procédé, à modifier le choix de l'époque de l'opération. Il me semble jusqu'à présent que, pour faire sortir les cataractes dures par la manœuvre de glissement, on profite mieux de l'époque qui devance un peu la maturité que de l'époque de la maturité achevée ou passée. A l'époque recommandée, l'équateur du cristallin conserve encore sa forme arrondie et se prête mieux à entrer dans la plaie. Plus tard, en s'amincissant, il prend des contours plus aigus, pour ne pas dire tranchants, et ceci, coïncidant avec l'union plus intime de la corticale et de la surface intérieure de la capsule, augmente les obstacles à l'évacuation au moyen du glissement.

Quant à la sortie des masses corticales, je ne puis que répéter que notre opération fournit des conditions on ne peut plus favorables. Tous ceux qui ont été témoins de mes opérations m'accorderont qu'à conditions égales,

on arrive ici à un nettoyage plus parfait de la pupille que dans les autres procédés. C'est en me fondant sur cette conviction et sur l'innocuité générale du procédé, que j'ai osé attaquer les cataractes même dans des phases de développement qu'on redoutait autrefois. Plusieurs fois, chez de pauvres gens auxquels j'avais restitué la vue à un premier œil, j'ai consenti à opérer le second où la cataracte n'avait pris qu'un demi-développement. Je puis assurer que dans tous ces cas (dont le chiffre monte à 14 ou 15), je n'ai pas eu d'accidents à regretter, et que j'ai obtenu un nettoyage aussi parfait de la pupille que dans les cataractes mûres. Il en est de même des opacités circonscrites à la corticale postérieure, et des opacités qui se répandent seulement dans des couches restreintes du cristallin, formes qui font attendre pour un temps indéterminé la maturité, en entravant cependant les fonctions visuelles de la manière la plus pénible.

Je n'ai pas trouvé de raisons pour appliquer d'une manière plus régulière le chloroforme; je ne l'ai même donné que quatre fois dans les derniers cent cas, par conséquent plus rarement qu'au début. Ce qui, dans mon mémoire, me faisait penser à une application un peu plus étendue, c'était la présomption de diminuer par la narcose le danger de la rupture hyaloïdienne; mais je viens de dire que cet accident, grâce à plus d'habitude des manœuvres spéciales à cette opération, est devenu sensiblement plus rare. D'un autre côté, je me suis convaincu que le chloroforme, à côté de ses désavantages généraux, présente aussi quelques inconvénients pour l'accomplissement de l'opération elle-même. Comme les temps de l'opération peuvent ici se prolonger un peu plus que dans l'extrac-

tion à lambeau, le réveil soudain du malade, accompagné de mouvements brusques, peut nous contrarier. Ensuite la résolution musculaire nous prive aussi d'une partie de la force expulsive, qui, si elle n'excède pas une certaine mesure, favorise considérablement le dégagement du cristallin par la manœuvre du glissement. Enfin, l'évacuation subséquente des masses corticales dans le cinquième acte, pour être bien achevée, exige quelque concours de la part du malade, ce que nous perdons naturellement, si l'opéré n'est pas encore parfaitement revenu de la narcose. Cette circonstance cause donc parfois un délai pénible et même désavantageux. En raison de tout cela, je persiste à restreindre l'anesthésie aux individus excessivement timides, ou à des circonstances où nous craignons l'excès de pression.

Nous n'abordons plus ici la question de savoir si le procédé de l'extraction linéaire modifiée mérite d'être substitué généralement à l'extraction par lambeau. Nous y reviendrons plutôt lorsque nous serons en possession de matériaux tout à fait décisifs. Quant à moi, depuis le jour où j'ai pour la première fois exécuté l'opération recommandée, je n'ai plus pris dans ma main l'ancien couteau de cataracte, et je ne saurais pour le moment me rendre compte des circonstances qui pourraient m'y inviter, puisque l'avantage si remarquable de la nouvelle opération consiste : d'une part, dans son admissibilité pour toutes les formes et toutes les phases de la cataracte ; d'autre part, dans son indépendance relative des conditions locales, de la constitution des malades et des circonstances extérieures.

Durant le peu de temps que j'ai pratiqué le nouveau

procédé, j'ai eu le plaisir de constater qu'il a été adopté déjà par un bon nombre de confrères; ce qui permet d'espérer que, par une réunion d'expériences nombreuses, les questions importantes qui surgissent ici trouveront bientôt leur solution.

Berlin, le 1er mai 1866.

TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

CATALOGUE

DES

LIVRES DE MÉDECINE

CHIRURGIE, ANATOMIE, PHYSIOLOGIE,
HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE, CHIMIE MÉDICALE,
PHARMACIE, ART VÉTÉRINAIRE,

QUI SE TROUVENT CHEZ

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

(CI-DEVANT RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.)

A PARIS.

NOTA. Une correspondance suivie avec l'Angleterre et l'Allemagne permet à MM. J.-B. BAILLIÈRE et FILS d'exécuter dans un bref délai toutes les commissions de librairie qui leur seront confiées. (*Écrire franco.*)

Tous les ouvrages portés dans ce Catalogue sont expédiés par la poste, dans les départements et en Algérie, *franco* et sans augmentation sur les prix désignés. — Prière de joindre à la demande des *timbres-poste* ou un *mandat* sur Paris.

Londres,	New-York,
HIPPOLYTE BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET;	BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY;

MADRID, CARLOS BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.

N° 14. MAI 1866

Sous presse, pour paraître prochainement.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Bernutz, Boeckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, Devilliers, Alf. Fournier, Gallard, H. Gintrac, Gosselin, Alphonse Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Koeberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Lunier, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, Péan, V. A. Racle, Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau, Auguste Voisin. — Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera d'environ 15 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages, avec figures dans le texte. 10 fr.

Le Tome V comprendra 800 pages, avec 90 figures. Les principaux articles sont: **Bile**, par Jaccoud ; **Biliaires** (Voies) par Luton ; **Blennorrhagie**, par Alfred Fournier ; **Blépharite, Blépharospasme**, par Gosselin ; **Blessures**, par A Tardieu ; **Boissons** par Hebert ; **Bouche**, par Fernet ; **Bourses séreuses**, par Koeberlé ; **Bras**, par Désormeaux et Anger ; **Bronches**, par Oré et Gintrac ; **Bronzée** (maladie), par Jaccoud ; **Brûlure**, par Laugier.

Les volumes sont envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé.

Codex medicamentarius. Pharmacopée française publiée par ordre du Gouvernement. 1 vol. grand in-8 d'environ 800 pages, cart.

Arsenal de la chirurgie contemporaine française et étrangère. Appareils et instruments en usage pour le diagnostic et la thérapeutique médico-chirurgicale, par M. Gaujot, professeur agrégé à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaire du Val-de-Grâce. In-8 de 800 pages avec 600 figures.

Leçons sur les humeurs normales **et morbides**, professées à la Faculté de médecine de Paris, par M. Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut. 1 vol in-8 de 500 pages, avec pl. gravées.

Clinique ophthalmologique, par M. A. von Graefe, professeur extraordinaire à l'Université de Berlin. Edition française, publiée avec le concours de l'auteur, par M. le docteur E. Meyer. I. Du traitement de la cataracte. In-8. 150 pages, avec figures.

Étude médico-légale sur l'empoisonnement. Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, par Ambr. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 600 pages, avec figures et planches.

Physiologie des mouvements, démontrée par l'expérimentation physiologique et par l'observation clinique, par le docteur G. B. Duchenne (de Boulogne), lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. In-8 d'environ 600 pages, avec 100 figures.

Traité historique et pratique de la syphilis, par E. Lancereaux, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 500 pages, avec figures et trois planches. 15 fr.

Des hôpitaux et des hospices, des conditions que doivent présenter les établissements au point de vue de l'hygiène et des intérêts des populations, par H. Jaquemet. In-8 d'environ 250 pages, avec figures.

Des couleurs, au point de vue physique et physiologique, par M. Brucke, professeur à l'Université de Vienne, traduit de l'allemand par M. Paul Schützenberger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-18 jésus de 300 pages, avec 30 figures.

Lettres obstétricales, par Ed. Caspar Siebold, professeur à l'Université de Göttingue, traduites de l'allemand, avec une introduction et des notes, par M. Stoltz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-18 jésus de 300 pages.

Hygiène de la première enfance, comprenant la naissance, l'allaitement, le sevrage, les maladies pouvant amener un changement de nourrice, les maladies et la mortalité des nouveau-nés, l'éducation physique de la seconde enfance, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôpital des enfants malades. *Deuxième édition*, 1 vol. in-18 jésus, 500 pages avec figures.

Odontologie, ou Traité pratique de l'art du dentiste, comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la médecine opératoire, la prothèse dentaire et l'hygiène de la bouche, par le docteur E. Magitot. In-8 d'environ 600 p. avec 200 figures.

LIVRES DE FONDS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (**ANNUAIRE DE L'**). Paris, 1862, in-12, 204 pages. 1 fr. 50

Première partie : Ordonnances constitutives de l'Académie impériale de médecine, arrêtés ministériels, réglements, legs faits à l'Académie, prix décernés et à décerner, lauréats de l'Académie, publications, etc.— Deuxième partie : Tableau général des nominations, des promotions et des extinctions qui ont eu lieu dans le sein de l'Académie, depuis sa fondation jusqu'à ce jour. État actuel du personnel de l'Académie.

† **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE** (**BULLETIN DE L'**), rédigé sous la direction de MM. F. DUBOIS, secrétaire perpétuel, et J. BÉCLARD, secrétaire annuel.— Paraissant régulièrement tous les quinze jours, par cahiers de 3 feuilles (48 pages in-8), et contenant exactement tous les travaux de chaque séance.

Prix de l'abonnement pour un an *franco* pour toute la France : 15 fr.

Collection du 1er octobre 1836 au 30 septembre 1864 : vingt-huit années formant 29 forts volumes in-8 de chacun 1100 pages. 220 fr.

Chaque année séparée in-8 de 1100 pages. 12 fr.

Ce *Bulletin officiel* rend un compte exact et impartial des séances de l'Académie impériale de médecine, et présentant le tableau fidèle de ses travaux, il offre l'ensemble de toutes les questions importantes que les progrès de la médecine peuvent faire naître ; l'Académie étant devenue le centre d'une correspondance presque universelle, c'est par les documents qui lui sont transmis que tous les médecins peuvent suivre les mouvements de la science dans tous les lieux où elle peut être cultivée, en connaître, presque au moment où elles naissent, les inventions et les découvertes.—L'ordre du *Bulletin* est celui des séances : on inscrit d'abord la correspondance soit officielle, soit manuscrite, soit imprimée ; à côté de chaque pièce, on lit les noms des commissaires chargés d'en rendre compte à la Compagnie. Le rapport est-il lu, approuvé, les rédacteurs le donnent en totalité, quelles que soient son importance et son étendue : est-il suivi de discussion, ils s'appliquent avec la même impartialité à les reproduire dans ce qu'elles offrent d'essentiel, principalement sous le rapport pratique. C'est dans le *Bulletin* seulement que sont reproduites dans tous leurs détails les discussions relatives à l'*Empyème*, l'*Introduction de l'air dans les veines*, au *Système nerveux*, l'*Empoisonnement par l'arsenic*, l'*Organisation de la pharmacie*, la *Ténotomie*, le *Cancer des mamelles*, l'*Ophthalmie*, les *Injections iodées*, la *Peste et les Quarantaines*, la *Taille et la Lithotritie*, les *Fièvres intermittentes*, les *Maladies de la matrice*, le *Crétinisme*, la *Syphilisation*, la *Surdi-mutité*, les *Kystes de l'ovaire*, la *Méthode sous-cutanée*, la *Fièvre puerpérale*, les *Eaux potables*, la *Syphilis vaccinale*, les *Troubles du langage*, la *Thoracentèse*, etc. Ainsi, tout correspondant, tout médecin, tout savant qui transmettra un écrit quelconque à l'Académie, en pourra suivre les discussions et connaître exactement le jugement qui en est porté.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (**MÉMOIRES DE L'**). Tome I, Paris, 1828.— Tome II, 1832. — Tome III, 1833. — Tome IV, 1835. — Tome V, 1836.— Tome VI, 1837.—Tome VII, 1838.—Tome VIII, 1840.— Tome IX, 1841.— Tome X, 1843.—Tome XI, 1845. — Tome XII, 1846. — Tome XIII, 1848.— Tome XIV, 1849. — Tome XV, 1850.—Tome XVI, 1852.—Tome XVII, 1853. —Tome XVIII, 1854.— Tome XIX, 1855.— Tome XX, 1856.—Tome XXI, 1857. — Tome XXII, 1858. — Tome XXIII, 1859. — Tome XXIV, 1860.— Tome XXV, 1861. — Tome XXVI, 1863. — Tome XXVII, 1865-1866. — 27 forts vol. in-4, avec pl. Prix de la collection complète des 27 *volumes pris ensemble*, au lieu de 540 fr. : 320 fr.

Chaque volume séparément : 20 fr.

Cette nouvelle Collection peut être considérée comme la suite et le complément des *Mémoires de la Société royale de médecine et de l'Académie royale de chirurgie*. Ces deux sociétés célèbres sont représentées dans la nouvelle Académie par ce que la science a de médecins et de chirurgiens distingués, soit à Paris, dans les départements ou à l'étranger. Par cette publication, l'Académie a répondu à l'attente de tous les médecins jaloux de suivre les progrès de la science.

Le tome Ier comprend : Ordonnances et règlements de l'Académie, mémoires de MM. Pariset, Double, Itard, Esquirol, Villermé, Léveillé, Larrey, Dupuytren, Dugès, Vauquelin, Laugier, Virey, Chomel, Orfila, Boullay, Lemaire.

Le tome II contient des mémoires de MM. Pariset, Breschet, Lisfranc, Ricord, Itard, Husson, Duval, Duchesne, P. Dubois, Dubois (d'Amiens), Mêlier, Hervez de Chégoin, Priou, Toulmouche.

Le tome III contient des mémoires de MM. Breschet, Pariset, Marc, Velpeau, Planche, Pravaz, Chevallier, Lisfranc, Bonastre, Cullerier, Soubeiran, Paul Dubois, Reveillé-Parise, Roux, Chomel, Dugès, Dizé, Henry, Villeneuve, Dupuy, Fodéré, Ollivier, André, Goyrand, Sanson, Fleury.

Le tome IV contient des mémoires de MM. Pariset, Bourgeois, Hamont, Girard, Mirault, Lauth, Reynaud, Salmade, Roux, Lepelletier, Pravaz, Ségalas, Civiale, Bouley, Bourdois, Delamotte, Ravin, Silvy, Larrey, P. Dubois, Kæmpfen, Blanchard.

Le tome V contient des mémoires de MM. Pariset, Gérardin, Goyrand, Pinel, Kéraudren, Macartney, Amussat, Stoltz, Martin-Solon, Malgaigne, Henry, Boutron-Charlard, Leroy (d'Etiolles), Breschet, Itard, Dubois (d'Amiens), Bousquet, etc.

Le tome VI contient des Mémoires de MM. Piorry, Trousseau et Belloc, Risueno d'Amador, C. Saucerotte, Planche et P. Rayer.

Le tome VII contient des mémoires de MM. Pariset, Husson, Mérat, Piorry, Gaultier de Claubry, Montault, Bouvier, Malgaigne, Dupuy, Duval, Gontier Saint-Martin, Leuret, Mirault, Malle, Froriep.

Le tome VIII contient des mémoires de MM. Bousquet, Pariset; Prus, Thorstensen, Souberbielle, Cornuel, Baillarger, J. Pelletan, Orfila, J. Sédillot, Lecanu, Jobert.

Le tome IX contient des mémoires de MM. Pariset, Bricheteau, Bégin, Orfila, Jobert, A. Colson, Deguise, Gaetani-Bey, Brierre de Boismont, Cerise, Raciborski, Leuret, Foville, Aubert, Gaillard.

Le tome X contient des mémoires par MM. Pariset, Arnal et Martin, Robert, Bégin, Poilroux, Royer-Collard, Mêlier, A. Devergie, Rufz, Foville, Parrot, Rollet, Gibert, Michéa, R. Prus, etc.

Le tome XI contient des mémoires de MM. Bousquet, Pariset, Dubois (d'Amiens), Ségalas, Prus, Valleix, Gintrac, Ch. Baron, Brierre de Boismont, Payan, Delafond, H. Larrey.

Le tome XII contient des mémoires de MM. Pariset, Dubois (d'Amiens), de Castelnau et Ducrest, Bally, Michéa, Baillarger, Jobert (de Lamballe), Kéraudren, H. Larrey, Jolly, Mêlier, etc.

Le tome XIII contient des mémoires de MM. Bousquet, Fr. Dubois (d'Amiens), Malgaigne, Fauconneau-Dufresne, A. Robert, J. Roux, Fleury, Brierre de Boismont, Trousseau, Mélier, Baillarger.

Le tome XIV contient des mémoires de MM. Fr. Dubois, Gaultier de Claubry, Bally, Royer-Collard, Murville, Joret, Arnal, Huguier, Lebert, etc.

Le tome XV (1850) contient des mémoires de MM. Fr. Dubois, Gaultier de Claubry, Patissier, Guisard, Second, Piedvache, Germain Sée, Huguier.

Le tome XVI (1852) contient des mémoires de MM. Dubois (d'Amiens), Gibert, Gaultier de Claubry, Bouchardat, Henot, H. Larrey, Gosselin, Hutin, Broca.

Le tome XVII (1853) contient des mémoires de MM. Dubois (d'Amiens), Michel Lévy, Gaultier de Claubry, J. Guérin, A. Richet, Bouvier, Lereboullet, Depaul, etc.

Le tome XVIII (1854) contient des mémoires de MM. Dubois, Gibert, Cap, Gaultier de Claubry, J. Moreau, Aug. Millet, Patissier, Collineau, Bousquet.

Le tome XIX (1855) contient des mémoires de MM. Dubois, Gibert, Gaultier de Claubry, Notta, Peixoto, Aubergier, Carrière, E. Marchand, Delioux, Bach, Hutin, Blache.

Le tome XX (1856) contient des mémoires de MM. Fr. Dubois, Depaul, Guérard, Barth, Imbert-Gourbeyre, Jules Rochard, Chapel, Dutroulau, Pinel, Puel, etc.

Le tome XXI (1857) contient des mémoires, de MM. Fr. Dubois, A. Guérard, Barth, Bayle, P. Silbert, d'Aix, Michel, Poterin du Motel, Hecquet.

Le tome XXII (1858) contient des Mémoires, de MM. Fr. Dubois, A. Trousseau, A. Guérard, Max Simon, Mordret, Dutroulau, Reynal, Gubler, Blondlot, Borie, Zurkowski.

Le tome XXIII (1859) contient des Mémoires de MM. Fr. Dubois, A. Trousseau, Guérard, Laugier, A. Devergie, Bauchet, Gaillard, J. Rochard, Sappey, Huguier (avec 15 planches).

Le tome XXIV (1860) contient des Mémoires de MM. Fr. Dubois, A. Trousseau, A. Guérard, Marcé. H. Roger, Duchaussoy, Ch. Robin, Moutard-Martin, Depaul, Jules Roux, avec 6 pl.

Le tome XXV (1861) contient des Mémoires de MM. F. Dubois, Jolly, A. Tardieu, Imbert-Gourbeyre, Ch. Robin, Semelaigne, Hipp. Bourdon, Bourgeois, Léon Lefort.

Le Tome XXVI (1863-1864) contient des mémoires de MM. Fr. Dubois (d'Amiens), J. Béclard, A. Tardieu, P. Jolly, Mêlier, J. Lefort, J. Reynal et Lanquetin, A. Chauveau et Marey, J. Béclard, Bouchardat, Kergaradec, Chalvet, A. Ollivier et Ranvier.

Le Tome XXVII (1865-66) contient : Éloge de Delpech, par Jules Béclard; Rapport sur les prix décernés par Dubois (d'Amiens); Rapport sur les eaux minérales, par Bouchardat; Rapport sur les épidémies, par Kergaradec; De la version pelvienne et du forceps, par Joulin; De la gangrène d'une partie de la base du cerveau, par Decaisne; Résultats statistiques des amputations dans les grands hôpitaux de Paris, par U. Trelat; Observations de chirurgie, par L. Legouest; De l'uréthrotomie externe par section collatérale et par excision des tissus pathologiques dans le cas de rétrécissements infranchissables, par E. Bourguet avec 1 pl.; Du traitement des adénites, par V. Legros, avec figures; Éloge de Villermé, par J. Beclard; Rapport sur les prix decernés, par F. Dubois (d'Amiens); Rapport sur les eaux minérales, par Pidoux; Rapport sur les épidémies, par Kergaradec; De la régénération osseuse, par Marmy; Du Cancer, par Cornil, etc.

AMETTE. Code médical, ou Recueil des Lois, Décrets et Règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France, par AMÉDÉE AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition*, augmentée. Paris, 1859. 1 vol. in-12 de 560 pages. 4 fr.

Ouvrage traitant des droits et des devoirs des médecins. Il s'adresse à tous ceux qui étudient, enseignent ou exercent la médecine, et renferme dans un ordre méthodique toutes les dispositions législatives et réglementaires qui les concernent.

ANGLADA. Traité de la contagion pour servir à l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies, par CHARLES ANGLADA, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1853, 2 vol. in-8. 12 fr.

† ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, par MM. ANDRAL, BOUDIN, BRIERRE DE BOISMONT, CHEVALLIER, DEVERGIE, FONSSAGRIVES, GAULTIER DE CLAUBRY, Michel LÉVY, MÊLIER, DE PIÉTRA-SANTA, Amb. TARDIEU, VERNOIS, avec une revue des travaux français et étrangers, par le docteur BEAUGRAND.

Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale, dont la **seconde série** a commencé avec le cahier de janvier 1854, paraissent régulièrement tous les trois mois par cahiers de 15 feuilles in-8 (240 pages), avec des planches gravées.

Prix de l'abonnement annuel pour Paris : 18 fr.

Pour les départements : 20 fr. — Pour l'étranger : 24 fr.

Première série, collection complète (1829 à 1853), dont il ne reste que peu d'exemplaires, 50 vol. in-8, avec figures et planches. 450 fr.

Chacune des dernières années séparément : 18 fr.

Tables alphabétiques par ordre des matières et des noms d'auteurs des Tomes I à L (1829 à 1853). Paris, 1855, in-8 de 136 pages à 2 colonnes. 3 fr. 50

† ANNUAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE et de secours mutuels des médecins de France, publié par le conseil général de l'association. Première année, 1858-1861. Paris, 1862. — 2e année, 1862. Paris, 1863. — 3e année, 1863. Paris, 1864. Prix de chaque année formant 1 vol. in-18 jésus de 700 pages. 1 fr.

ANNUAIRE DE CHIMIE, comprenant les applications de cette science à la médecine et à la pharmacie, ou Répertoire des découvertes et des nouveaux travaux en chimie faits dans les diverses parties de l'Europe; par MM. E. MILLON, J. REISET, avec la collaboration de M. le docteur F. HOEFER et de M. NICKLÈS. Paris, 1845-1851, 7 vol. in-8 de chacun 700 à 800 pages. 7 fr.

Les années 1845, 1846, 1847, se vendent chacune séparément 1 fr. 50 le volume.

ANNUAIRE PHARMACEUTIQUE, fondé par O. REVEIL, et L. PARISEL, ou Exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, chimie, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie et pharmacie légale.

— Première année. Paris, 1863, 1 vol. in-18 jésus de 400 pages. 1 fr. 50

— Deuxième année. Paris, 1864, 1 vol. in-18 jésus, avec figures. 1 fr. 50

— Troisième année. Paris, 1865, 1 vol. in-18 jésus. 1 fr. 50

— Cinquième année. Paris, 1863, 1 vol. in-18 jésus de 400 pages. 1 fr. 50 c.

— Quatrième année, formant la sixième *Année pharmaceutique*. Paris, 1866, in-18 jésus de 400 pages. 1 fr. 50

† ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE, publiées par ordre de S. E. le ministre de la marine et des colonies, et rédigées sous la surveillance de l'inspection générale du service de santé de la marine. Directeur de la rédaction, M. le docteur LEROY DE MÉRICOURT.

Les *Archives de médecine navale* paraissent depuis le 1er janvier 1864, mensuellement par numéro de 80 pages, avec planches et figures intercalées dans le texte, et forment chaque année 2 vol. in-8 de chacun 500 pages. Prix de l'abonnement annuel pour Paris. 12 fr.

— Pour les départements. 14 fr.

— Pour l'étranger d'après les tarifs de la convention postale.

Les tomes I et II (1864), III et IV (1865) sont en vente.

ARCHIVES ET JOURNAL DE LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE, publiés par une société de médecins de Paris. *Collection complète*. Paris, 1834-1837. 6 vol. in-8. 30 fr.

BACHELIER (JULES). **Exposé critique et méthodique de l'hydrothérapie**, ou Traitement des maladies par l'eau froide, avec la traduction de l'ouvrage allemand qui a pour titre : *Die Wasserkur zu Græfenberg*, par Jules Frisch. Pont-à-Mousson, 1843. in-8, VIII, 254 pages. 3 fr. 50

BAER. Histoire du développement des animaux, traduit par G. BRESCHET. Paris, 1826, in-4. 1 fr.

BALDOU. Instruction pratique sur l'hydrothérapie, étudiée au point de vue : 1° de l'analyse clinique ; 2° de la thérapeutique générale ; 3° de la thérapeutique comparée ; 4° de ses indications et contre-indications. *Nouvelle édition*, Paris, 1857, in-8 de 691 pages. 5 fr.

BAYLE. Bibliothèque de thérapeutique, ou Recueil de mémoires originaux et des travaux anciens et modernes sur le traitement des maladies et l'emploi des médicaments, recueillis et publiés par A.-L.-J. BAYLE, D. M. P., agrégé et sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine. Paris, 1828-1837, 4 forts vol. in-8. 12 fr.

BAZIN. Du système nerveux, de la vie animale et de la vie végétative, de leurs connexions anatomiques et des rapports physiologiques, psychologiques et zoologiques qui existent entre eux, par A. BAZIN, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, etc. Paris, 1841, in-4, avec 5 planches lithographiées. 3 fr.

BEALE. De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs, de leur composition chimique, de leurs caractères physiologiques et pathologiques et des indications thérapeutiques qu'ils fournissent dans le traitement des maladies, par Lionel BEALE, médecin et professeur au King's College Hospital. Traduit de l'anglais sur la seconde édition et annoté par MM. Auguste Ollivier et Georges Bergeron, internes des hôpitaux. Paris, 1865. 1 vol. in-18 jésus, de XXX-540 pages avec 163 figures. 7 fr.

BEAU. Traité expérimental et clinique d'auscultation appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur, par le docteur J.-H.-S. BEAU, médecin de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1856, 1 vol. in-8 de XII, 626 pages. 7 fr. 50

BEAUVAIS. Effets toxiques et pathogénétiques de plusieurs médicaments sur l'économie animale dans l'état de santé, par le docteur BEAUVAIS (de Saint-Gratien). Paris, 1845, in-8 de 420 pages. Avec huit tableaux in-folio. 7 fr.

BEAUVAIS. Clinique homœopathique, ou Recueil de toutes les observations pratiques publiées jusqu'à nos jours, et traitées par la méthode homœopathique. *Ouvrage complet*. Paris, 1836-1840, 9 forts vol. in-8. 45 fr.

BECQUEREL. Recherches cliniques sur la méningite des enfants, par Alfred BECQUEREL, médecin des hôpitaux. Paris, 1838, in-8, 128 pages. 1 fr.

BÉGIN. Études sur le service de santé militaire en France, son passé, son présent et son avenir, par le docteur L.-J. BÉGIN, chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées. Paris, 1849, in-8 de 370 pages. 4 fr. 50

BELMAS. Traité de la cystotomie sus-pubienne. Ouvrage basé sur près de cent observations tirées de la pratique du docteur Souberbielle. Paris, 1827, in-8. fig. 2 fr.

BERNARD. Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine, faites au Collége de France, par Cl. BERNARD, membre de l'Institut de France, professeur au Collége de France, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences. Paris, 1855-1856, 2 vol. in-8, avec figures. 14 fr.

BERNARD (Cl.). **Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses**, par Cl. BERNARD, membre de l'Institut. Paris, 1857, 1 vol. in-8, avec figures. 7 fr.

BERNARD (Cl.). **Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux**, par Cl. BERNARD, membre de l'Institut. Paris, 1858. 2 vol. in-8, avec figures. 14 fr.

BERNARD (Cl.). **Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme**, par Cl. Bernard. Paris, 1859, 2 vol. in-8 avec 32 fig. 14 fr.

BERNARD (Cl.). **Introduction à l'étude de la médecine expérimentale**, par Claude Bernard, membre de l'Institut de France (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur de médecine au Collége de France, professeur à la Faculté des sciences, etc. Paris, 1865, in-8, 400 pages. 7 fr.

Cet ouvrage présente le tableau des doctrines et des faits exposés par le professeur dans les Cours du Collége de France et de la Sorbonne, depuis sa dernière publication en 1859, jusqu'à la fin du 2e semestre 1865.

BERNARD (Cl.) et **HUETTE**. **Précis iconographique de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale**, par MM. les docteurs Cl. Bernard et Ch. Huette (de Montargis). Paris, 1866, 1 vol. in-18 jésus, 495 pages, avec 113 pl. figures noires cartonné. 24 fr.

Le même, figures coloriées. 48 fr.

Bibliothèque du médecin praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger, par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*. — Ouvrage adopté par l'Université, pour les Facultés de médecine et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France ; et par le Ministère de la guerre, sur la proposition du Conseil de santé des armées, pour les hôpitaux d'instruction. Paris, 1843-1851. *Ouvrage complet*, 15 vol. gr. in-8, de chacun 700 p. à deux colonnes. Prix de chaque : 8 fr. 50

Tomes I et II, *maladies des femmes* et commencement des *maladies de l'appareil urinaire* ; tome III, suite des *maladies de l'appareil urinaire*; tome IV, fin des *maladies de l'appareil urinaire* et *maladies des organes de la génération chez l'homme*; tomes V et VI, *maladies des enfants* de la naissance à la puberté (médecine et chirurgie) : c'est pour la première fois que la médecine et la chirurgie des enfants se trouvent réunies; tome VII, *maladies vénériennes;* tome VIII, *maladies de la peau*; tome IX, *maladies du cerveau, maladies nerveuses* et *maladies mentales*; tome X, *maladies des yeux et des oreilles*; tome XI, *maladies des organes respiratoires*; tome XII, *maladies des organes circulatoires*; tome XIII, *maladies de l'appareil locomoteur*; tome XIV, *Traité de thérapeutique et de matière médicale* dans lequel on trouve une juste appréciation des travaux français, italiens, anglais et allemands les plus récents sur l'histoire et l'emploi de substances médicales; tome XV, *Traité de médecine légale et de toxicologie* (*avec figures*) présentant l'exposé des travaux les plus récents dans leurs applications pratiques.

Conditions de la souscription : La *Bibliothèque du médecin praticien* est *complète* en 15 volumes grand in-8, sur double colonne, et contenant la matière de 45 vol. in-8. On peut toujours souscrire en retirant un volume par mois, ou acheter chaque monographie séparément. Prix de chaque volume. 8 fr. 50

BISCHOFF (T. L. G.). **Traité du développement de l'homme et des mammifères**, suivi d'une Histoire du développement de l'œuf du lapin. Paris, 1843, in-8 avec un atlas in-4 de 16 planches. 7 fr. 50

BLANDIN. **Anatomie du système dentaire**, considérée dans l'homme et les animaux. Paris, 1836, in-8, avec une planche. 2 fr. 50

† **BLONDEL** et **SER**. **Rapport sur les hôpitaux civils de la ville de Londres** au point de vue de la comparaison de ces établissements avec les hôpitaux de la ville de Paris; par M. Blondel, inspecteur principal, et M. L. Ser, ingénieur de l'administration de l'assistance publique. Paris, 1862, in-4, 238 pages. 10 fr.

BOENNINGHAUSEN. **Manuel de thérapeutique médicale homœopathique**, pour servir de guide au lit des malades et à l'étude de la matière médicale pure. Traduit de l'allemand par le docteur D. Roth. Paris, 1846, in-12 de 600 pages. 7 fr.

BOIVIN. Mémorial de l'art des accouchements, ou Principes fondés sur la pratique de l'hospice de la Maternité de Paris, et sur celle des plus célèbres praticiens nationaux et étrangers, par madame BOIVIN, sage-femme en chef. *Quatrième édition, augmentée*. Paris, 1836, 2 vol. in-8 avec 143 figures représentant le mécanisme de toutes les espèces d'accouchements. 6 fr.

Ouvrage adopté comme classique pour les élèves de l'Ecole d'accouchements de Paris.

BOIVIN. Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire, ou Grossesse hydatique. Paris, 1827, in-8 avec fig. 50 c.

BOIVIN. Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement, suivies d'un mémoire sur l'intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin ; par madame BOIVIN. Paris, 1828, in-8, fig. 1 fr.

BOIVIN et DUGÈS. Anatomie pathologique de l'utérus et de ses annexes, fondée sur un grand nombre d'observations cliniques ; par madame BOIVIN, docteur en médecine, sage-femme en chef de la Maison impériale de santé, et A. DUGÈS, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1866, atlas in-folio de 41 planches, gravées et coloriées, *représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme*, avec explication. 60 fr.

BONNAFONT. Traité pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, par le docteur BONNAFONT, médecin principal à l'École impériale d'état-major. Paris, 1860, in-8 de 650 pages, avec 22 figures. 9 fr.

BONNET. Traité des maladies des articulations, par le docteur A. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine. Paris, 1845, 2 vol. in-8, et atlas de 16 pl. in-4. 20 fr.

BONNET. Traité de thérapeutique des maladies articulaires, par le docteur A. BONNET. Paris, 1853, 1 vol. de 700 pages, in-8, avec 97 figures. 9 fr.

Cet ouvrage doit être considéré comme la suite et le complément du *Traité des maladies des articulations*, auquel l'auteur renvoie pour l'étiologie, le diagnostic et l'anatomie pathologique. Consacré exclusivement aux questions thérapeutiques, le nouvel ouvrage de M. Bonnet offre une exposition complète des méthodes et des nombreux procédés introduits soit par lui-même, soit par les praticiens les plus expérimentés dans le traitement des maladies si compliquées des articulations.

BONNET. Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires. *Seconde édition*, revue et augmentée d'une notice historique, par le docteur GARIN, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, accompagnée d'observations sur la rupture de l'ankylose, par MM. BARRIER, BERNE, PHILIPEAUX et BONNES. Paris, 1860, in-8 de 356 pages, avec 17 fig. 4 fr. 50

BOUCHARD. Du tissu connectif, par A. Bouchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin aide-major de 1re classe, Paris, 1866, in-8, 72 pages. 2 fr.

BOUCHUT. Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, par le docteur E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants malades. *Quatrième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1862, 1 vol. in-8 de 1024 pages, avec 46 figures. 11 fr.

Ouvrage couronné par l'Institut de France.

Après une longue pratique et plusieurs années d'enseignement clinique à l'hôpital des Enfants de Sainte-Eugénie, M. Bouchut, pour répondre à la faveur publique, a étendu son cadre et complété son œuvre, en y faisant entrer indistinctement toutes les maladies de l'enfance jusqu'à la puberté. On trouvera dans son livre la médecine et la chirurgie du premier âge.

BOUCHUT. Hygiène de la première enfance, comprenant la naissance, l'allaitement, le sevrage, les maladies pouvant amener un changement de nourrices, les maladies et la mortalité des nouveau-nés, l'éducation physique de la seconde enfance. *Deuxième édition*. Paris, 1866, in-18 de 400 pages, avec figures. 3 fr. 50

BOUCHUT. **La vie et ses attributs**, dans leurs rapports avec la philosophie, l'histoire naturelle et la médecine, par E. BOUCHUT. Paris, 1862, in-18 de 350 p. 3 fr. 50

BOUCHUT. **Traité des signes de la mort** et des moyens de prévenir les enterrements prématurés, par le docteur E. BOUCHUT. Paris, 1849, in-12 de 400 p. 3 fr. 50
Ouvrage couronné par l'Institut de France.

BOUCHUT. **Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie.** Paris, 1857, un beau volume grand in-8 de 1064 pages, avec figures. 11 fr.

BOUCHUT. **De l'état nerveux aigu et chronique, ou Nervosisme,** appelé névropathie aiguë cérébro-pneumogastrique, diathèse nerveuse, fièvre nerveuse, cachexie nerveuse, névropathie protéiforme, névrospasmie; et confondu avec les vapeurs, la surexcitabilité nerveuse, l'hystéricisme, l'hystérie, l'hypochondrie, l'anémie, la gastralgie, etc., professé à la Faculté de médecine en 1857, et lu à l'Académie impériale de médecine en 1858, par E. BOUCHUT. Paris, 1860. 1 vol. in-8 de 348 p. 5 fr.

BOUDIER. **Des champignons**, au point de vue de leurs caractères usuels, chimiques et toxicologiques, par ÉMILE BOUDIER, lauréat de l'Académie de médecine. Ouvrage qui a obtenu le prix Orfila en 1864. Paris, 1865, 1 vol. in-8 de 150 p. avec 2 planch. lithog. et color. 3 fr. 50

BOUDIN. **Traité de géographie et de statistique médicales, et des maladies endémiques,** comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies, et la pathologie comparée des races humaines, par le docteur J.-CH.-M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire Saint-Martin. Paris, 1857, 2 vol. gr. in-8, avec 9 cartes et tableaux. 20 fr.

Dans son rapport à l'Académie des sciences M. Rayer dit : « L'attention de la commission, déjà fixée » par l'intérêt du sujet, l'a été aussi par le mérite du livre. *Sans précédent ni modèle dans la littérature médicale de la France*, cet ouvrage abonde en faits et en renseignements; tous les documents français ou étrangers qui sont relatifs à la distribution géographique des maladies, ont été » consultés, examinés, discutés par l'auteur. Plusieurs affections dont le nom figure à peine dans nos » Traités de pathologie, sont là décrites avec toute l'exactitude que comporte l'état de la science. »

BOUDIN. **Souvenirs de la campagne d'Italie**, observations topographiques et médicales. Etudes nouvelles sur la Pellagre, par le docteur BOUDIN, ex-médecin en chef de l'armée d'occupation en Italie. Paris, 1861, in-8, avec une carte. 2 fr. 50

BOUDIN. Études d'hygiène publique sur **l'état sanitaire, les maladies et la mortalité des armées anglaises** de terre et de mer en Angleterre et dans les colonies, traduit de l'anglais d'après les documents officiels. Paris, 1846, in-8 de 190 pages. 3 fr.

BOUILLAUD. **Traité de nosographie médicale**, par J. BOUILLAUD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1846, 5 vol. in-8 de chacun 700 pages. 35 fr.

BOUILLAUD. **Clinique médicale de l'hôpital de la Charité**, ou Exposition statistique des diverses maladies traitées à la Clinique de cet hôpital. Paris, 1837, 3 v. in-8. 21 fr.

BOUILLAUD. **Traité clinique des maladies du cœur**, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe; par J. BOUILLAUD. *Deuxième édition augmentée.* Paris, 1841, 2 forts vol. in-8, avec 8 planches gravées. 16 fr.

Ouvrage auquel l'Institut de France a accordé le grand prix de médecine.

BOUILLAUD. **Traité clinique du rhumatisme articulaire**, et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie. Paris, 1840, in-8. 7 fr. 50

Ouvrage servant de complément au *Traité des maladies du cœur*.

BOUILLAUD. **Essai sur la philosophie médicale** et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un Résumé philosophique des principaux progrès de la médecine et suivi d'un parallèle des résultats de la formule des saignées coup sur coup avec ceux de l'ancienne méthode dans le traitement des phlegmasies aiguës ; par J. BOUILLAUD. Paris, 1837, in-8. 6 fr.

BOUILLAUD. **Traité clinique et expérimental des fièvres** dites essentielles ; par J. BOUILLAUD. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

BOUILLAUD. **De l'introduction de l'air dans les veines.** Rapport à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1838, in-8. 2 fr.

BOUILLAUD. **De la chlorose et de l'anémie.** Paris, 1859, in-8. 1 fr.

BOUILLAUD. **De l'influence des doctrines** ou des systèmes pathologiques sur la thérapeutique. Paris, 1859, in-8. 1 fr.

BOUILLAUD. **Discours sur le vitalisme et l'organicisme,** et sur les rapports des sciences physiques en général avec la médecine. Paris, 1860, in-8. 1 fr. 50

BOUILLAUD. **De la congestion cérébrale apoplectiforme,** dans ses rapports avec l'épilepsie. Paris, 1861, in-8. 2 fr.

BOUILLIER. **Du principe vital et de l'âme pensante,** ou Examen des diverses doctrines médicales et psychologiques sur les rapports de l'âme et de la vie, par F. BOUILLIER, correspondant de l'Institut, doyen de la Faculté des lettres de Lyon. Paris, 1862. 1 vol. in-8, 432 pages. 6 fr.

BOUISSON. **Traité de la méthode anesthésique** appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir, par le docteur E.-F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Éloi, etc. Paris, 1850, in-8 de 560 pages. 7 fr. 50

BOUSQUET. **Nouveau traité de la vaccine** et des éruptions varioleuses ou varioliformes ; par le docteur J.-B. BOUSQUET, membre de l'Académie impériale de médecine, chargé des vaccinations gratuites. Paris, 1848, in-8 de 600 pages. 7 fr.
Ouvrage couronné par l'Institut de France.

BOUSQUET. **Notice sur le cow-pox,** ou petite vérole des vaches, découvert à Passy en 1836, par J.-B. BOUSQUET. Paris, 1839, in-4, avec une grande planche. 50 c.

BOUVIER. **Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur,** professées à l'hôpital des Enfants pendant les années 1855, 1856, 1857, par le docteur H. BOUVIER, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, 1 vol. in-8 VIII, 532 pages. 7 fr.

BOUVIER. **Atlas des leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur,** comprenant les **Déviations de la colonne vertébrale**. Paris, 1858. Atlas de 20 planches in-folio. 18 fr.

BRAINARD. **Mémoire sur le traitement des fractures** non réunies et des difformités des os, par Daniel BRAINARD, professeur de chirurgie au collége médical de l'Illinois. Paris, 1854, grand in-8, 72 pages avec 2 planches comprenant 19 fig. 3 fr.

BREMSER. **Traité zoologique et physiologique des vers intestinaux de l'homme,** par le docteur BREMSER ; traduit de l'allemand, par M. Grundler. Revu et augmenté par M. de Blainville, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1837, avec atlas in-4 de 15 planches. 13 fr.

BRESCHET. **Mémoires chirurgicaux** sur différentes espèces d'**anévrysmes**, par G. BRESCHET, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1834, in-4, avec six planches in-fol. 10 fr.

BRESCHET. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'**Organe de l'ouïe et sur l'Audition dans l'homme et les animaux vertébrés**; par G. BRESCHET. Paris, 1836, in-4, *avec 13 planches gravées.* 5 fr.

BRESCHET. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'**organe de l'Ouïe des poissons**; par G. BRESCHET. Paris, 1838, in-4, avec 17 planches gravées. 5 fr.

BRIAND et CHAUDÉ. Manuel complet de médecine légale, ou Résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, et des jugements et arrêts les plus récents, par J. BRIAND, docteur en médecine de la faculté de Paris, et Ernest CHAUDÉ, docteur en droit; et contenant un *Traité de chimie légale*, par H. GAULTIER DE CLAUBRY, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris. *Septième édition*, Paris, 1864, 1 vol. gr. in-8 de 1048 pages, avec 3 pl. gravées et 64 fig. 12 fr.

BRIQUET. Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie, par le docteur P. BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de Médecine de Paris. Paris, 1859. 1 vol. in-8 de 624 pages. 8 fr.

BROCHARD. Des bains de mer chez les enfants, par le docteur BROCHARD (de la Rochelle), médecin des bains de mer de la Tremblade, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu et de la Prison de Nogent-le-Rotrou, etc. Paris. 1864, in-18 jésus de 268 pages. 3 fr.

BROUSSAIS. De l'irritation et de la folie, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique. *Deuxième édition*. Paris, 1839, 2 vol. in-8. 2 fr. 50

BROUSSAIS. Cours de phrénologie, professé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1836, 1 vol. in-8 de 850 pages, avec pl. 4 fr. 50

BROWN-SÉQUARD. Propriétés et fonctions de la moelle épinière. Rapport sur quelques expériences de M. BROWN-SÉQUARD, lu à la Société de biologie par M. PAUL BROCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Paris, 1856, in-8. 1 fr.

CABANIS. Rapport du physique et du moral de l'homme et lettre sur les causes premières, par P.-J.-G. CABANIS, précédé d'une Table analytique, par DESTUTT DE TRACY, *huitième édition*, augmentée de Notes, et précédée d'une Notice historique et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis, par L. PEISSE, Paris, 1844, in-8 de 780 pages. 6 fr.

La notice biographique, composée sur des renseignements authentiques fournis en partie par la famille même de Cabanis, est à la fois la plus complète et la plus exacte qui ait été publiée. Cette édition est la seule qui contienne la *Lettre sur les causes premières*.

CAILLAULT. Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants, par le docteur CH. CAILLAULT, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1859, 1 vol. in-18 de 400 pages. 3 fr. 50

CALMEIL. Traité des maladies inflammatoires du cerveau, ou histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou périencéphalite chronique diffuse à l'état simple ou compliqué, du ramollissement cérébral ou local aigu et chronique, de l'hémorrhagie cérébrale localisée récente ou non récente, par le docteur L.-F. CALMEIL, médecin en chef de la maison impériale de Charenton. Paris, 1859, 2 forts volumes in-8. 17 fr.

Table des matières. — Chap. I. Des attaques de congestion encéphalique. — Chap. II. Du délire aigu — Chap. III. De la paralysie générale.— Chap. IV. De la paralysie générale complète.—Chap. V. Du ramollissement cérébral local aigu. — Chap. VI. Du ramollissement cérébral à l'état chronique. Chap. VII. De l'hémorrhagie encéphalique. — Chap. VIII. Des foyers hémorrhagiques non récents.— Chap. IX. Du traitement des maladies inflammatoires des centres nerveux encéphaliques.

CALMEIL. De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères; exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu, par L. F. CALMEIL. Paris, 1845, 2 vol. in-8. 14 fr.

CALMEIL. De la paralysie considérée chez les aliénés, recherches faites dans le service et sous les yeux de MM. *Royer-Collard* et *Esquirol;* par L.-F. CALMEIL, médecin de la Maison impériale des aliénés de Charenton. Paris, 1823, in-8. 6 fr. 50

CAP. Principes de pharmaceutique, ou Exposition du système des connaissances relatives à l'art du pharmacien; par P.-A. CAP, pharmacien, membre de la Société de pharmacie de Paris. Paris, 1837, in-8. 1 fr. 25

CARRIÈRE. Le climat de l'Italie, sous le rapport hygiénique et médical, par le docteur ED. CARRIÈRE. 1 vol. in-8 de 600 pages. Paris, 1849. 7 fr. 50

Ouvrage couronné par l'Institut de France.

Cet ouvrage est ainsi divisé : Du climat de l'Italie en général, topographie et géologie, les eaux l'atmosphère, les vents, la température. — *Climatologie de la région méridionale de l'Italie :* Salerne, Caprée, Massa, Sorrente, Castellamare, Torre del Greco, Resina, Portici, rive orientale du golfe de Naples, climat de Naples; rive septentrionale du golfe de Naples (Pouzzoles et Baïa, Ischia), golfe de Gaete. — *Climatologie de la region moyenne de l'Italie :* Marais-Pontins et Maremmes de la Toscane : climat de Rome, de Sienne, de Pise, de Florence.— *Climat de la région septentrionale de l'Italie :* Venise, Milan et les lacs, Gênes, Menton et Villefranche, Nice, Hyères.

CARUS. Traité élémentaire d'anatomie comparée, suivi de **Recherches d'anatomie philosophique** ou **transcendante** sur les parties primaires du système nerveux et du squelette intérieur et extérieur; par C.-C. CARUS, D. M., professeur d'anatomie comparée; traduit de l'allemand et précédé d'une *esquisse historique et bibliographique de l'Anatomie comparée,* par A.-J.-L. JOURDAN. Paris, 1835. 3 forts volumes in-8 *accompagnés d'un bel Atlas de* 31 *planches gr. in-4 gravées.* 10 fr.

CASTELNAU et DUCREST. Recherches sur les abcès multiples, comparés sous leurs différents rapports, par H. DE CASTELNAU et J.-F. DUCREST, anciens internes des hôpitaux. Paris, 1846, in-4. 1 fr.

Mémoire couronné par l'Académie de médecine.

CAZAUVIEILH. Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques. Recherches sur ce premier penchant chez les habitants des campagnes, par J.-B. CAZAUVIEILH, médecin de l'hospice de Liancourt, ancien interne de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1840, in-8. 2 fr. 50

CAZENAVE. Traité des maladies du cuir chevelu, suivi de conseils hygiéniques sur les soins à donner à la chevelure, par le docteur A. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris, 1850, 1 vol. in-8, avec 8 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec le plus grand soin. 8 fr.

Table des matières. — Introduction. Coup d'œil historique sur la chevelure. — Première partie. Considérations anatomiques et physiologiques sur les cheveux. — Deuxième partie. Pathologie du cuir chevelu. — Troisième partie. Hygiène.

CELSI (A.-C.). De re medica libri octo, editio nova, curantibus P. FOUQUIER, in Facultate Parisiensi professore, et F.-S. RATIER, D. M. Parisiis, 1823, in-18. 1 fr. 50

CHAILLY. Traité pratique de l'art des accouchements, par CHAILLY-HONORÉ, membre de l'Académie impériale de médecine, ancien chef de clinique de la Clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris. *Quatrième édition*, revue et corrigée. Paris, 1861, 1 vol. in-8 de 1068 pages, avec 282 figures. 10 fr.

Ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique pour les facultés de médecine, les écoles préparatoires et les cours départementaux institués pour les sages-femmes.

CHAMBERT. Des effets physiologiques et thérapeutiques des éthers, par le docteur H. CHAMBERT. Paris, 1848, in-8 de 260 pages. 75 cent.

CHARPENTIER. Des accidents fébriles qui surviennent chez les nouvelles accouchées, par L.-A. Alph. CHARPENTIER, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté. Paris, 1863, gr. in-8. 1 fr. 50

CHAUFFARD. Essai sur les doctrines médicales, suivi de quelques considérations sur les fièvres, par le docteur P.-E. CHAUFFARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1846, in-8 de 130 pages. 1 fr.

CHAUSIT. Traité élémentaire des maladies de la peau, par M. le docteur CHAUSIT, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. le docteur A. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, Paris, 1853, 1 vol. in-8, XII, 448 pages. 3 fr.

CHAUVEAU. Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques, par A. CHAUVEAU, professeur à l'École impériale vétérinaire de Lyon. Paris, 1857, un beau volume grand in-8 de 838 pages, avec 207 figures dessinées d'après nature. 14 fr.

C'est le scalpel à la main que l'auteur, pour la composition de cet ouvrage, a interrogé la nature, ce guide sûr et infaillible. M. Chauveau a mis largement à profit les immenses ressources dont sa position de chef de travaux anatomiques de l'école vétérinaire de Lyon lui permettait de disposer. Les sujets de toute espèce ne lui ont pas manqué ; c'est ainsi qu'il a pu étudier successivement les différences qui caractérisent la même série d'organes chez les animaux domestiques, qu'ils appartiennent à la classe des Mammifères ou à celle des Oiseaux. Parmi les *mammifères* domestiques, on trouve le Cheval, l'Ane, le Mulet, le Bœuf, le Mouton, la Chèvre, le Chien, le Chat, le Dindon, le Lapin, le Porc, etc. ; parmi les *oiseaux* de basse-cour, le Coq, la Pintade, le Dindon, le Pigeon, les Oies, les Canards.

CHURCHILL (Fleetwood). **Traité pratique des maladies des femmes**, hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, par Fleetwood CHURCHILL, professeur d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants à l'Université de Dublin. Traduit de l'anglais sur la *Cinquième édition*, par MM. Alexandre WIELAND et Jules DUBRISAY, anciens internes des hôpitaux, et contenant l'Exposé des travaux français et étrangers les plus récents. Paris, 1866, 1 vol. grand in-8, XVI, 1227 pages avec 291 figures. 18 fr.

CIVIALE. Traité pratique et historique de la lithotritie, par le docteur CIVIALE, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1847, 1 vol. in-8, de 600 pages avec 8 planches. 8 fr.

Après trente années de travaux assidus sur une découverte chirurgicale qui a parcouru les principales phases de son développement, l'art de broyer la pierre s'est assez perfectionné pour qu'il soit permis de l'envisager sous le triple point de vue de la doctrine, de l'application et du résultat.

CIVIALE. De l'uréthrotomie ou de quelques procédés peu usités de traiter les rétrécissements de l'urèthre. Paris, 1849, in-8 de 124 pages avec une planche. 2 fr. 50

CIVIALE. Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, par le docteur CIVIALE, membre de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine. *Troisième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1858-1860, 3 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte. 24 fr.

Cet ouvrage, le plus pratique et le plus complet sur la matière, est ainsi divisé :
TOME I. Maladies de l'urèthre. TOME II. Maladies du col de la vessie et de la prostate. TOME III, Maladies du corps de la vessie.

CIVIALE. Parallèles des divers moyens de traiter les calculeux, contenant l'examen comparatif de la lithotritie et de la cystotomie, sous le rapport de leurs divers procédés, de leurs modes d'application, de leurs avantages ou inconvénients respectifs; par le docteur CIVIALE. Paris, 1836, in-8, fig. 8 fr.

CODEX MEDICAMENTARIUS. Pharmacopée française, publiée par ordre du gouvernement. Paris, 1866, 1 vol. grand in-8 d'environ 800 pages, cartonné.

COLIN (G.). **Traité de physiologie comparée des animaux domestiques**, par M. G.-C. COLIN, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort. Paris, 1855-1856. 2 vol. grand in-8 de chacun 700 pages, avec 114 fig. 18 fr.

COLLADON. Histoire naturelle et médicale des casses, et particulièrement de la casse et des sénés employés en médecine. Montpellier, 1816. In-4, avec 19 pl. 6 fr.

COLLINEAU. Analyse physiologique de l'entendement humain, d'après l'ordre dans lequel se manifestent, se développent et s'opèrent les mouvements sensitifs, intellectuels, affectifs et moraux; suivie d'exercices sur divers sujets de philosophie. Paris, 1843, in-8. 1 fr. 50

COMTE. Cours de philosophie positive, par Auguste COMTE, répétiteur d'analyse transcendante et de mécanique rationnelle à l'École polytechnique. *Deuxième édition*, augmentée d'une préface par E. LITTRÉ, et d'une table alphabétique des matières. Paris, 1864, 6 vol. in-8. 45 fr.

Tome I. Préliminaires généraux et philosophie mathématique. — Tome II. Philosophie astronomique et philosophie physique. — Tome III. Philosophie chimique et philosophie biologique. — Tome IV. Philosophie sociale (partie dogmatique). — Tome V. Philosophie sociale (partie historique : état théologique et état métaphysique). — Tome VI. Philosophie sociale (complément de la partie historique) et conclusions générales.

Congrès médico-chirurgical de France. Première session, tenue à ROUEN, du 30 septembre au 3 octobre 1863. Paris, 1863, in-8 de 412 pag. avec planches. 5 fr.

Congrès médical de France. Deuxième session, tenue à LYON, du 26 septembre au 1er octobre 1864. Paris, 1865, in-8 de 688 pages avec planches. 9 fr.

COOPER (ASTLEY). **Œuvres chirurgicales complètes**, traduites de l'anglais, avec des notes par E. CHASSAIGNAC et G. RICHELOT. Paris, 1837, gr. in-8. 4 fr. 50

CORNARO. De la sobriété, *voyez* **École de Salerne**, p. 16.

CORNILLIAC. Études sur la fièvre jaune à la Martinique de 1669 à nos jours, par le docteur J. CORNILLIAC, chirurgien de deuxième classe de la marine impériale. Paris, 1864, in-8 de 270 pages. 5 fr.

CRUVEILHIER. Anatomie pathologique du corps humain, ou Descriptions, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible ; par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, président perpétuel de la Société anatomique, etc. Paris, 1830-1842. 2 vol. in-folio, avec 230 planches coloriées. 456 fr.
Demi-reliure des 2 vol. grand in-folio, dos de maroquin, non rognés. 24 fr.

Ce bel *ouvrage est complet* ; il a été publié en 41 livraisons, chacune contenant 6 feuilles de texte in-folio grand-raisin vélin, caractère neuf de F. Didot, avec 5 planches coloriées avec le plus grand soin, et 6 planches lorsqu'il n'y a que quatre planches de coloriées. Chaque livraison est de 11 fr.

CRUVEILHIER. Traité d'Anatomie pathologique générale, par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. *Ouvrage complet*. Paris, 1849-1864. 5 vol. in-8. 35 fr.
Tome V et dernier, Dégénérations aréolaires et gélatiniformes, dégénérations cancéreuses proprement dites par J. CRUVEILHIER ; pseudo-cancers et tables alphabétiques par CH. HOUEL. Paris, 1864. 1 vol. in-8 de 420 pages. 7 fr.

Cet ouvrage est l'exposition du Cours d'anatomie pathologique que M. Cruveilhier fait à la Faculté de médecine de Paris. Comme son enseignement, il est divisé en XVIII classes, savoir : tome I, 1° solutions de continuité; 2° adhésions; 3° luxations; 4° invaginations; 5° hernies; 6° déviations; — tome II, 7° corps étrangers; 8° rétrécissements et oblitérations; 9° lésions de canalisation par communication accidentelle; 10° dilatations; — tome III, 11° hypertrophies; 12° atrophies; 13° métamorphoses et productions organiques analogues; — tome IV, 14° hydropisies et flux; 15° hémorrhagies; 16° gangrènes; 17 inflammations ou phlegmasies; 18° lésions strumeuses, et lésions carcinomateuses; — tome V, 19° dégénérations organiques.

CZERMAK. Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine, par le docteur J.-N. CZERMAK, professeur de physiologie à l'université de Pesth. Paris, 1860, in-8 avec deux planches gravées et 31 figures. 3 fr. 50

DAGONET (H.). **Traité élémentaire et pratique des maladies mentales,** suivi de considérations sur l'administration des asiles d'aliénés. Paris, 1862, in-8 de 816 p. avec une carte. 10 fr.

DARCET. Recherches sur les abcès multiples et sur les accidents qu'amène la présence du pus dans le système vasculaire, suivies de remarques sur les altérations du sang, par le docteur F. DARCET. Paris, 1843. In-4 de 88 pages. 75 c.

DAREMBERG. Glossulæ quatuor magistrorum super chirurgiam Rogerii et Rolandi et de Secretis mulierum, de chirurgia, de modo medendi libri septem, poema medicum ; nunc primum ad fidem codicis Mazarinei, edidit doctor CH. DAREMBERG. Napoli, 1854. In-8 de 64-228-178 pages. 8 fr.

DAREMBERG. Notices et extraits des manuscrits médicaux grecs, latins et français des principales bibliothèques de l'Europe, par le docteur Ch. DAREMBERG, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, professeur au collége de France. Première partie : Manuscrits grecs d'Angleterre, suivis d'un fragment inédit de Gilles de Corbeil, et de scolies inédites sur Hippocrate. Paris, 1853, in-8, 243 pages. 7 fr.

DAVAINE. Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, par le docteur C. DAVAINE, membre de la Société de Biologie, lauréat de l'Institut. Paris, 1860, 1 fort vol. in-8 de 950 pages, avec 88 figures. 12 fr.

Ouvrage couronné par l'Institut de France.

DAVASSE. La Syphilis, ses formes et son unité, par J. DAVASSE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, 1865. 1 vol. in-8 de 570 pages. 8 fr.

DE LA RIVE. Traité d'électricité théorique et appliquée; par A. DE LA RIVE, membre correspondant de l'Institut de France, professeur émérite de l'Académie de Genève. Paris, 1854-58, 3 vol. in-8, avec 447 figures. 27 fr.
Séparément, tomes II et III. Prix de chaque volume. 9 fr.

DELPECH. De la ladrerie du porc au point de vue de l'hygiène privée et publique. Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par le docteur A. DELPECH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1864, in-8 de 107 pages. 2 fr. 50

DELPECH. Nouvelles recherches sur l'intoxication spéciale que détermine **le sulfate de carbone.** L'industrie du caoutchouc soufflé, par A. DELPECH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1863, in-8 de 128 pages. 2 fr. 50

DEMARQUAY. Essai de pneumatologie médicale. Recherches physiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les gaz, par J. N. DEMARQUAY, chirurgien de la Maison municipale de santé. Paris, 1866, in-8, XVI, 861 pages avec figures. 9 fr.

DESAYVRE. Études sur les **maladies des ouvriers de la manufacture d'armes de Chatellerault.** Paris, 1856, in-8 de 116 pages. 2 fr. 50

DESLANDES. De l'onanisme et des autres abus vénériens considérés dans leurs rapports avec la santé, par le docteur L. DESLANDES. Paris, 1835. In-8. 7 fr.

DESORMEAUX. De l'endoscope, de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie, leçons à l'hôpital Necker, par A. J. DESORMEAUX, chirurgien de l'hôpital Necker. Paris, 1865, in-8 de 190 pages avec 3 pl. chromolithographiées et 10 figures. 4 fr. 50

DEZEIMERIS. Dictionnaire historique de la médecine. Paris, 1828-1836, 4 vol. en 7 parties, in-8. 10 fr.

DICTIONNAIRE (NOUVEAU) DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par BERNUTZ, BOECKEL, BUIGNET, CUSCO, DEMARQUAY, DENUCÉ, DESNOS, DESORMEAUX, DEVILLIERS, Alfr. FOURNIER, GALLARD, H. GINTRAC, GOSSELIN, Alphonse GUÉRIN, A. HARDY, HIRTZ, JACCOUD, JACQUEMET, KOEBERLÉ, S. LAUGIER, LIEBREICH, P. LORAIN, MARCÉ, A. NÉLATON, ORÉ, PANAS, PEAN, V. A. RACLE, Maurice RAYNAUD, RICHET, Ph. RICORD, Jules ROCHARD (de Lorient), Z. ROUSSIN, SAINT-GERMAIN, Ch. SARAZIN, Germain SÉE, Jules SIMON, SIREDEY, STOLTZ, A. TARDIEU, S. TARNIER, TROUSSEAU, Aug. VOISIN. Directeur de la rédaction, le docteur JACCOUD.

Le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera d'environ 15 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Il sera publié trois volumes par an.

Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte. 10 fr.

Les volumes seront envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé.

Les tomes I *à* IV *sont en vente.* Le tome I comprend 812 pages, avec 36 figures. Les principaux articles sont : **Introduction,** par JACCOUD; **Abcès,** par LAUGIER; **Abdomen,** par DENUCÉ et BERNUTZ; **Absorption,** par BERT; **Acclimatement,** par

Jules ROCHARD; **Accommodation,** par LIEBREICH; **Accouchement,** par STOLTZ et LORAIN; **Acné,** par A. HARDY; **Adhérence,** par Alfr. FOURNIER; **Ages,** par LORAIN; **Agglutinatif,** par GOSSELIN; **Agonie,** par JACCOUD; **Air,** par BUIGNET, A. TARDIEU et J. ROCHARD; **Albuminurie,** par JACCOUD; **Alcoolisme,** par A. FOURNIER; **Aliment,** par ORÉ; **Alopécie,** par HARDY; **Amaurose, Amblyopie,** par LIEBREICH; **Ambulances,** par Ch. SARAZIN, etc.

Le tome II, 800 pages avec 60 figures, comprend les articles suivants : **Aménorrhée,** par BERNUTZ; **Amputations,** par A. GUÉRIN; **Amyloïde** (dégénérescence), par JACCOUD; **Anatomie pathologique** et **Anatomie médico-chirurgicale,** par BOECKEL; **Anémie,** par LORAIN; **Anesthésiques,** par GIRALDÈS; **Anévrysmes,** par RICHET; **Angines,** par DESNOS; **Angine de poitrine,** par JACCOUD; **Ankylose,** par DENUCÉ; **Anthrax,** par A. GUÉRIN; **Antimoine,** par HIRTZ; **Anus,** par GOSSELIN, GIRALDÈS et LAUGIER; **Aorte,** par LUTON, etc.

Le Tome III, 828 pages avec 92 figures, comprend : **Appareils,** par Ch. SARAZIN; **Argent,** par BUIGNET, OLLIVIER et G. BERGERON; **Arsenic,** par ROUSSIN, HIRTZ et TARDIEU; **Artères,** par NÉLATON et Maurice RAYNAUD; **Articulation,** par PANAS; **Ascite,** par Henri GINTRAC; **Asiles,** par PAIN; **Asphyxie,** par BERT et TARDIEU; **Asthénopie, Astigmatisme,** par LIEBREICH, **Asthme,** par GERMAIN SÉE; **Ataxie locomotrice,** par TROUSSEAU; **Atloïdienne** (région), par DENUCÉ, etc.

Le Tome IV, 786 pages avec 127 figures, comprend : **Atrophie,** par Ch. SARAZIN; **Atrophie musculaire progressive,** par Jules SIMON; **Auscultation,** par LUTON; **Autopsie,** par A. TARDIEU; **Avant-bras,** par DEMARQUAY; **Avortement,** par DEVILLIERS; **Avortement,** (médecine légale), par A. TARDIEU; **Axillaires (vaisseaux),** par BOECKEL; **Bain,** par ORÉ; **Balanite, Balano-posthite,** par A. FOURNIER; **Bandages,** par Ch. SARAZIN; **Bassin,** par E. BAILLY; **Bec-de-lièvre,** par DEMARQUAY; **Belladone,** par MARCHAND et HIRTZ, etc.

DICTIONNAIRE GÉNÉRAL DES EAUX MINÉRALES ET D'HYDROLOGIE MÉDICALE comprenant la géographie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., par MM. DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, E. LE BRET, inspecteur des eaux minérales de Barèges, J. LEFORT, pharmacien, avec la collaboration de M. JULES FRANÇOIS, ingénieur en chef des mines, pour les applications de la science de l'Ingénieur à l'hydrologie médicale. Paris, 1860, 2 forts volumes in-8 de chacun 750 pages. 20 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

Ce n'est pas une compilation de tout ce qui a été publié sur la matière depuis cinquante ou soixante ans : un esprit fécond de doctrine et de critique domine ce livre, et tout en profitant des travaux d'hydrologie médicale publiés en France, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, en Italie, etc., les auteurs ont su trouver dans leurs études personnelles et dans leur pratique journalière, le sujet d'observations nouvelles et de découvertes originales.

DICTIONNAIRE UNIVERSEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE, contenant l'indication, la description et l'emploi de tous les médicaments connus dans les diverses parties du globe; par F.-V. MÉRAT et A.-J. DELENS, membres de l'Académie impériale de médecine. *Ouvrage complet.* Paris, 1829-1846. 7 vol. in-8, y compris le **Supplément.** 20 fr.

Le *Tome VII* ou *Supplément*, Paris, 1846, 1 vol. in-8 de 800 pages, ne se vend pas séparément. — Les tomes I à VI, séparément. 12 fr.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES. Publié par J. B. Baillière et fils. *Douzième édition,* entièrement refondue, par E. LITTRÉ, membre de l'Institut de France, et Ch. ROBIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; ouvrage contenant la synonymie *grecque, latine, anglaise, allemande, italienne* et *espagnole*, et le Glossaire de ces diverses langues. Paris, 1865, 1 beau volume grand in-8 de 1800 pages à deux colonnes, avec 531 figures intercalées dans le texte. 18 fr.

Demi-reliure maroquin, plats en toile. 3 fr.

Demi-reliure maroquin à nerfs, plats en toile, très-soignée. 4 fr.

Il y aura bientôt soixante ans que parut pour la première fois cet ouvrage longtemps connu sous

le nom de *Dictionnaire de médecine de Nysten* et devenu classique par un succès de onze éditions. Les progrès incessants de la science rendaient nécessaires, pour cette *douzième édition*, de nombreuses additions, une révision générale de l'ouvrage, et plus d'unité dans l'ensemble des mots consacrés aux théories nouvelles et aux faits nouveaux que l'emploi du microscope, les progrès de l'anatomie générale, normale et pathologique, de la physiologie, de la pathologie, de l'art vétérinaire, etc., ont créés. M. Littré, connu par sa vaste érudition et par son savoir étendu dans la littérature médicale, nationale et étrangère, et M. le professeur Ch. Robin, que de récents travaux ont placé si haut dans la science, se sont chargés de cette tâche importante. Une addition importante, qui sera justement appréciée, c'est la Synonymie *grecque*, *latine*, *anglaise*, *allemande*, *italienne*, *espagnole*, qui est ajoutée à cette *douzième édition*, et qui, avec les vocabulaires, en fait un Dictionnaire polyglotte.

DIDAY. Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis, suivie d'un Essai sur de nouveaux moyens préservatifs des maladies vénériennes, par le docteur P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, secrétaire général de la Société de médecine de Lyon. Paris, 1858. 1 vol. in-18 jésus de 560 pages. 4 fr.

DONNÉ. Conseils aux familles sur la manière d'élever les enfants, suivis d'un précis d'hygiène applicable aux différentes saisons de l'année, par Al. DONNÉ, recteur de l'Académie de Montpellier. Paris, 1864, in-12, 332 pages. 3 fr.

DONNÉ. Cours de microscopie complémentaire des études médicales : Anatomie microscopique et physiologie des fluides de l'économie; par le docteur A. DONNÉ, recteur de l'Académie de Montpellier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, professeur de microscopie. Paris, 1844. In-8 de 500 pages. 7 fr. 50

DONNÉ. Atlas du Cours de microscopie, exécuté d'après nature au microscope-daguerréotype, par le docteur A. DONNÉ et L. FOUCAULT. Paris, 1846. In-folio de 20 planches, contenant 80 figures gravées avec le plus grand soin, avec un texte descriptif. 30 fr.

DUBOIS. Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie, par F. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1837. In-8. 2 fr.

DUBOIS. Préleçons de pathologie expérimentale. Observations et expériences sur l'hyperhémie capillaire, par Frédéric DUBOIS (d'Amiens). Paris, 1841, in-8, avec 3 planches. 1 fr. 50

DUBOIS et BURDIN. Histoire académique du magnétisme animal, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour, par C. BURDIN et F. DUBOIS (d'Amiens), membres de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1841. In-8 de 700 pages. 3 fr.

DUBRUEIL. Des anomalies artérielles considérées dans leur rapport avec la pathologie et les opérations chirurgicales, par le docteur J. DUBREUIL, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1847. 1 vol. in-8 et atlas in-4 de 17 planches coloriées. 5 fr.

DUCHENNE. De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique; par le docteur DUCHENNE (de Boulogne), lauréat de l'Institut de France. *Deuxième édition*, entièrement refondue. Paris, 1861, 1 fort vol. in-8 avec 179 figures et une planche coloriée. 14 fr.

DUCHENNE. Album de photographies pathologiques, complémentaire de l'ouvrage ci-dessus. Paris, 1862, in-4 de 17 pl., avec 20 pages de texte descriptif explicatif, cartonné. 25 fr.

DUGAT. Études sur le traité de médecine d'Aboudjafar Ah'Mad, intitulé : *Zad Al Mocafir*, « la Provision du voyageur, » par G. DUGAT, membre de la Société asiatique. Paris, 1853, in-8 de 64 pages. 1 fr.

DUPUYTREN. Mémoire sur une nouvelle manière de pratiquer l'opération de la pierre; par le baron G. DUPUYTREN, terminé et publié par M. L.-J. SANSON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et L.-J. BÉGIN. Paris, 1836. 1 vol. grand in-folio, accompagné de 10 belles planches lithographiées, représentant l'anatomie chirurgicale des diverses régions intéressées dans cette opération. 10 fr.

DURAND-FARDEL, LE BRET, LEFORT. Voyez **Dictionnaire des eaux minérales.**

DUTROULAU. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales), climatologie, maladies endémiques, par le docteur A.-F. DUTROULAU, premier médecin en chef de la marine. Paris, 1861, in-8, 608 pages. 8 fr.

ÉCOLE DE SALERNE (L'). Traduction en vers français, par CH. MEAUX SAINT-MARC, avec le texte latin en regard (1870 vers), précédée d'une introduction par M. le docteur Ch. Daremberg.—**De la sobriété,** conseils pour vivre longtemps, par L. CORNARO, traduction nouvelle. Paris, 1861, 1 joli vol. in-18 jésus de LXXII-344 pages, avec 5 vignettes. 3 fr. 50.

ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, comprenant l'Anatomie descriptive, l'Anatomie générale, l'Anatomie pathologique, l'histoire du Développement, par G.-T. Bischoff, J. Henle, E. Huschke, T.-G. Sœmmerring, F.-G. Theile, G. Valentin, J. Vogel, G. et E. Weber; traduit de l'allemand, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1843-1847. 8 forts vol. in-8, avec deux atlas in-4. Prix, en prenant tout l'ouvrage. 32 fr.

On peut se procurer chaque Traité séparément, savoir :

1° **Ostéologie et syndesmologie,** par S.-T. SŒMMERRING. — Mécanique des organes de la locomotion chez l'homme, par G. et E. WEBER. In-8, Atlas in-4 de 17 planches. 6 fr.

2° **Traité de myologie et d'angéiologie,** par F.-G. THEILE. 1 vol. in-8. 4 fr.

3° **Traité de névrologie,** par G. VALENTIN. 1 vol. in-8, avec figures. 8 fr.

4° **Traité de splanchnologie des organes des sens,** par E. HUSCHKE. Paris, 1845. In-8 de 850 pages, avec 5 planches gravées. 5 fr.

5° **Traité d'anatomie générale,** ou Histoire des tissus de la composition chimique du corps humain, par HENLE. 2 vol. in-8, avec 5 planches gravées. 8 fr.

6° **Traité du développement de l'homme** et des mammifères, suivi d'une *Histoire du développement de l'œuf du lapin*, par le docteur T.-L.-G. BISCHOFF. 1 vol. in-8, avec atlas in-4 de 16 planches. 7 fr. 50

7° **Anatomie pathologique générale,** par J. VOGEL. Paris, 1846. 1 vol. in-8. 4 fr.

Cette *Encyclopédie anatomique*, réunie au *Manuel de physiologie* de J. MULLER, forme un ensemble complet des deux sciences sur lesquelles repose l'édifice entier de la médecine.

ESPANET (A.). Traité méthodique et pratique de matière médicale et de thérapeutique, basé sur la loi des semblables. Paris, 1861, in-8 de 808 pages. 9 fr.

ESQUIROL. Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, par E. ESQUIROL, médecin en chef de la Maison des aliénés de Charenton, Paris, 1838, 2 vol. in-8, avec un atlas de 27 planches gravées. 20 fr.

FABRE. Bibliothèque du médecin praticien, Voyez *Bibliothèque*, page 7.

FALRET. Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales par J. P. FALRET, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1864. In-8, LXX, 800 pages, avec 1 planche. 11 fr.

FAU. Anatomie artistique élémentaire du corps humain, par le docteur J. FAU. Paris, 1865, in-8 avec 17 pl. figures noires. 4 fr.

— Le même, figures coloriées. 10 fr.

FEUCHTERSLEBEN. Hygiène de l'âme, par E. DE FEUCHTERSLEBEN, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'instruction publique en Autriche, traduit de l'allemand, sur la *vingtième édition*, par le docteur *Schlesinger-Rahier*. DEUXIÈME ÉDITION, précédée d'une étude biographique et littéraire. Paris, 1860. 1 vol. in-18 de 260 pages. 2 fr.

L'auteur a voulu, par une alliance de la morale et de l'hygiène, étudier, au point de vue pratique, l'influence de l'âme sur le corps humain et ses maladies. Exposé avec ordre et clarté, et empreint de cette douce philosophie morale qui caractérise les œuvres des penseurs allemands, cet ouvrage n'a pas d'analogue en France; il sera lu et médité par toutes les classes de la société.

FIÉVÉE. Mémoires de médecine pratique, comprenant : 1° De la fièvre typhoïde et de son traitement ; 2° De la saignée chez les vieillards comme condition de santé ; 3° Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les maladies de l'utérus ; 4° De la goutte et de son traitement spécifique par les préparations de colchique. Par le docteur FIÉVÉE (de Jeumont). Paris, 1845, in-8. 50 cent.

FIÈVRE PUERPÉRALE (De la), de sa nature et de son traitement. Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. GUÉRARD, DEPAUL, BEAU, PIORRY, HERVEZ DE CHÉGOIN, TROUSSEAU, P. DUBOIS, CRUVEILHIER, CAZEAUX, DANYAU, BOUILLAUD, VELPEAU, J. GUÉRIN, etc., précédées de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerpérale. Paris, 1858. In-8 de 464 p. 6 fr.

FLOURENS (P.). Recherches sur les fonctions et les propriétés du système nerveux dans les animaux vertébrés, par P. FLOURENS, professeur au Muséum d'histoire naturelle et au Collége de France, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, etc. *Deuxième édition augmentée*. Paris, 1842, in-8. 3 fr.

FLOURENS. Cours de physiologie comparée. De l'ontologie ou étude des êtres. Leçons professées au Muséum d'histoire naturelle par P. FLOURENS, recueillies et rédigées par CH. ROUX, et revues par le professeur. Paris, 1856, in-8. 1 fr. 50

FLOURENS. Mémoires d'anatomie et de physiologie comparées, contenant des recherches sur 1° les lois de la symétrie dans le règne animal ; 2° le mécanisme de la rumination ; 3° le mécanisme de la respiration des poissons ; 4° les rapports des extrémités antérieures et postérieures dans l'homme, les quadrupèdes et les oiseaux. Paris, 1844 ; grand in-4, avec 8 planches gravées et coloriées. 9 fr.

FLOURENS. Théorie expérimentale de la formation des os, par P. FLOURENS. Paris, 1847, in-8, avec 7 planches gravées. 3 fr.

FOISSAC. Hygiène philosophique de l'âme, par le docteur P. FOISSAC. *Deuxième édition*, revue et augmentée. Paris, 1863, in-8. 7 fr. 50

FONSSAGRIVES. Traité d'hygiène navale, ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé, par le docteur J.-B. FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine. Paris, 1856, in-8 de 800 pages, avec 57 fig. 10 fr.

FONSSAGRIVES. Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du Régime envisagé comme moyen thérapeutique, par le docteur J.-B. FONSSAGRIVES, professeur à la Faculté de Montpellier, etc. Paris, 1861, 1 vol. in-8 de 660 pages. 8 fr.

FONSSAGRIVES. Thérapeutique de la phthisie pulmonaire, basée sur les indications, ou l'art de prolonger la vie des phthisiques, par les ressources combinées de l'hygiène et de la matière médicale. Paris, 1866, in-8, XXXVI, 423 pages. 7 fr.

FORGET. Traité de l'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde), par le docteur C.-P. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. Paris, 1841, in-8 de 856 pages. 3 fr.

FOURNET. Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phthisie pulmonaire, faites dans le service de M. le professeur ANDRAL, par le docteur J. FOURNET, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1839. 2 vol. in-8. 3 fr.

FRANK. Traité de médecine pratique de J.-P. FRANK, traduit du latin par J.-M.-C. GOUDAREAU, docteur en médecine ; *deuxième édition revue, augmentée* des Observations et Réflexions pratiques contenues dans l'INTERPRETATIONES CLINICÆ, accompagné d'une *Introduction* par M. le docteur DOUBLE, membre de l'Institut. Paris, 1842, 2 forts volumes grand in-8 à deux colonnes. 24 fr.

Le Traité de médecine pratique de J.-P. Frank, résultat de cinquante années d'observations et d'enseignement public dans les chaires de clinique des Universités de Pavie, Vienne et Wilna, a été composé, pour ainsi dire, au lit du malade. Dès son apparition, il a pris rang parmi les livres qui doivent composer la bibliothèque du médecin praticien, à côté des œuvres de Sydenham, de Baillou, de Van Swieten, de Stoll, de De Haen, de Cullen, de Borsieri, etc.

FRÉDAULT. **Des rapports de la doctrine médicale homœopathique** avec le passé de la thérapeutique, par le docteur FRÉDAULT, ancien interne lauréat des hôpitaux civils de Paris, 1852, in-8 de 84 pages. 1 fr. 50

FREDAULT. **Physiologie générale. Traité d'Anthropologie** physiologique et philosophique, par le docteur F. FRÉDAULT. Paris, 1863. Un volume in-8, de XVI-854 pages. 11 fr.

FREGIER. **Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes** et des moyens de les rendre meilleures; ouvrage récompensé en 1838 par l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques); par A. FRÉGIER, chef de bureau à la préfecture de la Seine. Paris, 1840, 2 beaux vol. in-8. 14 fr.

FRERICHS. **Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires**, par Fr. Th. FRERICHS, professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin, traduit de l'allemand par les docteurs Louis DUMENIL ET PELLAGOT. *Deuxième édition*, revue et corrigée avec des additions nouvelles de l'auteur. Paris, 1866, 1 vol. in-8 de 900 pages avec 158 figures. 12 fr.

Ouvrage couronné par l'Institut de France.

FURNARI. **Traité pratique des maladies des yeux**, contenant : 1° l'histoire de l'ophthalmologie; 2° l'exposition et le traitement raisonné de toutes les maladies de l'œil et de ses annexes; 3° l'indication des moyens hygiéniques pour préserver l'œil de l'action nuisible des agents physiques et chimiques mis en usage dans les diverses professions; les nouveaux procédés et les instruments pour la guérison du strabisme; des instructions pour l'emploi des lunettes et l'application de l'œil artificiel; suivi de conseils hygiéniques et thérapeutiques sur les maladies des yeux, qui affectent particulièrement les hommes d'État, les gens de lettres et tous ceux qui s'occupent de travaux de cabinet et de bureau. Paris, 1841, in-8, avec pl. 6 fr.

GALIEN. **Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien**, traduites sur les textes imprimés et manuscrits; accompagnées de sommaires, de notes, de planches, par le docteur CH. DAREMBERG, chargé de cours au Collége de France, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine. Paris, 1854-1857. 2 vol. grand in-8 de 800 pages. 20 fr.

— Séparément, le tome II. 10 fr.

Cette importante publication comprend: 1° Que le bon médecin est philosophe; 2° Exhortations à l'étude des arts: 3° Que les mœurs de l'âme sont la conséquence des tempéraments du corps; 4° des Habitudes; 5° De l'utilité des parties du corps humain; 6° des Facultés naturelles; 7° du Mouvement des muscles; 8° des Sectes, aux étudiants; 9° De la meilleure secte, à Thrasybule; 10° des Lieux affectés; 11° de la Méthode thérapeutique, à Glaucon.

GALISSET et MIGNON. **Nouveau traité des vices rédhibitoires, ou Jurisprudence vétérinaire**, contenant la législation et la garantie dans les ventes et échanges d'animaux domestiques, d'après les principes du Code Napoléon et la loi modificatrice du 20 mai 1838, la procédure à suivre, la description des vices rédhibitoires, le formulaire des expertises, procès-verbaux et rapports judiciaires, et un précis des législations étrangères, par Ch. M. GALISSET, ancien avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, et J. MIGNON, ex-chef du service à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. *Troisième édition*, mise au courant de la jurisprudence et augmentée d'un appendice sur les épizooties et l'exercice de la médecine vétérinaire. Paris, 1864, in-18 jésus de 542 pages. 6 fr.

Les auteurs de cet ouvrage pensent avoir fait une chose utile en mettant en commun leurs connaissances spéciales, et en se réunissant pour donner un commentaire complet de la loi du 20 mai 1838. Ce commentaire est en quelque sorte l'ouvrage d'un jurisconsulte-vétérinaire.

GALL. **Sur les fonctions du cerveau** et sur celles de chacune de ses parties, avec des observations sur la possibilité de reconnaître les instincts, les penchants, les talents, ou les dispositions morales et intellectuelles des hommes et des animaux, par la configuration de leur cerveau et de leur tête. Paris, 1825, 6 vol. in-8. 42 fr.

GALL et SPURZHEIM. Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier, par F. GALL et SPURZHEIM. Paris, 1810 1819, 4 vol. in-folio de texte et atlas in-folio de 100 planches gravées, cartonnés. 150 fr.
Le même, 4 vol. in-4 et atlas in-folio de 100 planches gravées. 120 fr.

Il ne reste que très-peu d'exemplaires de cet important ouvrage que nous offrons avec une réduction des trois quarts sur le prix de publication.

GALTIER. Traité de pharmacologie et de l'art de formuler, par C.-P. GALTIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de pharmacologie, de matière médicale et de toxicologie, etc. Paris, 1841, in-8. 4 fr. 50

GAULTIER DE CLAUBRY. De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Paris, 1844, in-8 de 500 pages. 1 fr. 25

GEOFFROY SAINT-HILAIRE. Histoire générale et particulière des **Anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux**, ouvrage comprenant des recherches sur les caractères, la classification, l'influence physiologique et pathologique, les rapports généraux, les lois et causes des **Monstruosités**, des variétés et vices de conformation ou *Traité de tératologie*; par Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, D. M. P., membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Paris, 1832-1836. 3 vol. in-8 et atlas de 20 planches lithog. 27 fr.
— Séparément les tomes II et III. 16 fr.

GEORGET. Discussion médico-légale sur la folie ou Aliénation mentale, suivie de l'Examen du procès criminel de Henriette Cornier et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense. Paris, 1826, in-8. 1 fr.

GERDY. Traité des bandages, des pansements et de leurs appareils, par le docteur P.-N. GERDY, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1837-1839. 2 vol. in-8 et atlas de 20 planches in-4. 6 fr.

GERVAIS et VAN BENEDEN. Zoologie médicale. Exposé méthodique du règne animal basé sur l'anatomie, l'embryogénie et la paléontologie, comprenant la description des espèces employées en médecine, de celles qui sont venimeuses et de celles qui sont parasites de l'homme et des animaux, par PAUL GERVAIS, professeur à la Faculté des sciences de Paris, et J. VAN BENEDEN, professeur de l'Université de Louvain. Paris, 1859, 2 vol. in-8, avec 198 figures. 15 fr.

GIRARD. Considérations physiologiques et pathologiques sur les **affections nerveuses**, dites *hystériques*, par le docteur H. GIRARD DE CAILLEUX, inspecteur des hospices d'aliénés, etc. Paris, 1841, in-8. 50 c.

GIRARD. Études pratiques sur les maladies nerveuses et mentales, accompagnées de tableaux statistiques, suivies du rapport à M. le sénateur préfet de la Seine sur les aliénés traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, et de considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine, par le docteur H. GIRARD DE CAILLEUX, inspecteur général du service des aliénés de la Seine. Paris, 1863. 1 vol. grand in-8 de 234 pages. 12 fr.

GIRAUD-TEULON. Leçons sur le strabisme et la diplopie, pathogénie et thérapeutique, par le docteur FELIX GIRAUD-TEULON. Paris, 1863. In-8, x, 220 pages, avec 5 figures. 4 fr.

GODDE. Manuel pratique des maladies vénériennes des hommes, des femmes et des enfants, suivi d'une pharmacopée syphilitique, par GODDE, de Liancourt, D. M. Paris, 1834, in-18. 1 fr.

GOFFRES. Précis iconographique de bandages, pansements et appareils, par M. le docteur GOFFRES, médecin principal des armées. Paris, 1866, in-18 jésus, 596 p. avec 81 pl. dessinées d'après nature et gravées sur acier, fig. noires; cartonné. 18 fr.
— Le même, figures coloriées, cartonné. 36 fr.

GRANIER (MICHEL). **Des homœopathes et de leurs droits.** Paris, 1860, in-8, 172 pages. 2 fr. 50

GRANIER (MICHEL). **Conférences sur l'homœopathie.** Paris, 1858, 524 pages. 5 fr.

GRATIOLET. **Anatomie comparée du système nerveux.** Voyez LEURET et GRATIOLET, page 31.

GRIESSELICH. **Manuel pour servir à l'étude critique de l'homœopathie,** par le docteur GRIESSELICH, traduit de l'allemand, par le docteur SCHLESINGER. Paris, 1849. 1 vol. in-12. 3 fr.

GRISOLLE. **Traité de la pneumonie,** par A. GRISOLLE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc. *Deuxième édition*, refondue et considérablement augmentée. Paris, 1864, in-8, XIV, 744 pages. 9 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine (Prix Itard).

GUARDIA (J. M.). **La médecine à travers les siècles.** Histoire et philosophie, par J. M. GUARDIA, docteur en médecine et docteur ès lettres, bibliothécaire adjoint de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8 de 800 pages. 10 fr.

Table des matières. — HISTOIRE. La tradition médicale; la médecine grecque avant Hippocrate; la légende hippocratique; classification des écrits hippocratiques; documents pour servir à l'histoire de l'art. — PHILOSOPHIE. Questions de philosophie médicale; évolution de la science; des systèmes philosophiques; nos philosophes naturalistes; sciences anthropologiques; Buffon; la philosophie positive et ses représentants; la métaphysique médicale; Asclépiade fondateur du méthodisme; esquisse des progrès de la physiologie cérébrale; de l'enseignement de l'anatomie générale; méthode expérimentale de la physiologie; les vivisections à l'Académie de médecine; les misères des animaux; abcès de la méthode expérimentale; philosophie sociale.

GUERRY. **Statistique morale de l'Angleterre** comparée avec la statistique morale de la France, d'après les comptes de l'administration de la justice criminelle en Angleterre et en France, les comptes de la police de Londres, de Liverpool, de Manchester, etc., les procès-verbaux de la cour criminelle centrale et divers autres documents administratifs et judiciaires, par A. M. GUERRY, correspondant de l'Institut, membre honoraire de la Société de statistique de Londres, etc. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Paris, 1864, in-folio, 66 pages avec 17 planches imprimées en couleur. 100 fr.

Ce volume contient : Atlas, cartes et constructions graphiques représentant les résultats généraux des tables numériques, avec une introduction contenant l'histoire de l'application des nombres aux sciences morales.

GUIBOURT. **Histoire naturelle des drogues simples,** ou Cours d'histoire naturelle professé à l'École de pharmacie de Paris, par J.-B. GUIBOURT, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie impériale de médecine. *Quatrième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1849-1851. 4 forts volumes in-8, avec 800 figures intercalées dans le texte. 30 fr.

GUIBOURT. **Pharmacopée raisonnée,** ou Traité de pharmacie pratique et théorique, par N.-E. HENRY et J.-B. GUIBOURT ; *troisième édition*, revue et considérablement augmentée, par J.-B. GUIBOURT, professeur à l'École de pharmacie, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1847, in-8 de 800 pages à deux colonnes, avec 22 planches. 8 fr.

GUIBOURT. **Manuel légal des pharmaciens et des élèves en pharmacie,** ou Recueil des lois, arrêtés, règlements et instructions concernant l'enseignement, les études et l'exercice de la pharmacie, et comprenant le Programme des cours de l'École de pharmacie de Paris, par N.-J.-B.-G. GUIBOURT, professeur secrétaire de l'École de pharmacie de Paris, etc. Paris, 1852. 1 vol. in-12 de 230 pages. 2 fr.

Cet ouvrage est divisé en deux parties: la *première* pour les lois et règlements qui ont trait à l'administration des écoles de pharmacie, aux rapports des écoles avec les élèves et les pharmaciens exerçants; là se trouve naturellement le *Programme des cours de l'École de pharmacie de Paris*, et, sous le titre de *Bibliothèque du Pharmacien*, l'indication des meilleurs ouvrages à consulter; puis ce qui a rapport au service de santé des hôpitaux et à l'Académie impériale de médecine; la *seconde partie* pour les lois et règlements qui se rapportent exclusivement à l'exercice de la pharmacie. Le tout accompagné de notes explicatives et de commentaires dont une longue expérience dans la pratique et dans l'enseignement a fait sentir l'utilité. Dans une *troisième partie* se trouvent résumés les *desiderata*, ou les améliorations généralement réclamées pour une nouvelle organisation de la pharmacie.

GUILLOT. Exposition anatomique de l'organisation du centre nerveux dans les quatre classes d'animaux vertébrés, par le docteur Nat. GUILLOT, médecin de l'hôpital de la Charité, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1844, in-4 de x, 370 pages avec 18 planches, contenant 224 figures. 6 fr.
Ouvrage couronné par l'Académie royale des sciences de Bruxelles.

GUIPON. Traité de la dyspepsie fondé sur l'étude physiologique et clinique, par J. J. GUIPON, médecin des hospices et épidémies à Laon. Paris, 1864, in-8, XII, 456 pages. 7 fr.

GUNTHER. Nouveau manuel de médecine vétérinaire homœopathique, ou Traitement homœopathique des maladies du cheval, du bœuf, de la brebis, du porc, de la chèvre et du chien, à l'usage des vétérinaires, des propriétaires ruraux, des fermiers, des officiers de cavalerie et de toutes les personnes chargées du soin des animaux domestiques, par F.-A. GUNTHER. Traduit de l'allemand sur la troisième édition, par P.-J. MARTIN, médecin vétérinaire, ancien élève des écoles vétérinaires. Paris, 1846, in-8. 6 fr.

HAAS. Mémorial du médecin homœopathe, ou Répertoire alphabétique de traitements et d'expériences homœopathiques, pour servir de guide dans l'application de l'homœopathie au lit du malade, par le docteur HAAS. Traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. *Deuxième édit.*, revue et augmentée. Paris, 1850, in-18. 3 fr.

HAHNEMANN. Exposition de la doctrine médicale homœopathique, ou Organon de l'art de guérir, par S. HAHNEMANN; traduit de l'allemand, sur la dernière édition, par le docteur A.-J.-L. JOURDAN. *Quatrième édition*, augmentée de **Commentaires**, et précédée d'une notice sur la vie, les travaux et la doctrine de l'auteur, par le docteur LÉON SIMON, avec le portrait de S. Hahnemann, gravé sur acier. Paris, 1856. 1 vol. in-8 de 568 pages. 8 fr.

HAHNEMANN. Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques, par S. HAHNEMANN; traduit de l'allemand sur la dernière édition, par A.-J.-L. JOURDAN. *Deuxième édition* entièrement refondue. Paris, 1846. 3 vol. in-8. 23 fr.

HAHNEMANN. Études de médecine homœopathique, par le docteur HAHNEMANN. Opuscules servant de complément à ses œuvres. Paris, 1855. 2 séries publiées chacune en 1 vol. in-8 de 600 pages. Prix de chaque. 7 fr.

Les ouvrages qui composent la PREMIÈRE SÉRIE sont : 1° Traité de la maladie vénérienne; 2° Esprit de la doctrine homœopathique ; 3° La médecine de l'expérience ; 4° L'observateur en médecine ; 5° Esculape dans la balance ; 6° Lettres à un médecin de haut rang sur l'urgence d'une réforme en médecine ; 7° Valeur des systèmes en médecine, considérés surtout eu égard à la pratique qui en découle ; 8° Conseils à un aspirant au doctorat ; 9° L'allopathie, un mot d'avertissement aux malades ; 10° Réflexions sur les trois méthodes accréditées de traiter les maladies ; 11° Les obstacles à la certitude ; 12° Examen des sources de la matière médicale ordinaire ; 13° Des formules en médecine ; 14° Comment se peut-il que de faibles doses de médicaments aussi étendus que ceux dont se sert l'homœopathie aient encore de la force, beaucoup de force? 15° Sur la répétition d'un médicament homœopathique ; 16° Quelques exemples de traitements homœopathiques ; 17° La belladone, préservatif de la scarlatine ; 18° Des effets du café.

DEUXIÈME SÉRIE. — Du choix du médecin. — Essai sur un nouveau principe pour découvrir la vertu curative des substances médicinales. —Antidotes de quelques substances végétales héroïques. — Des fièvres continues et rémittentes. — Les maladies périodiques à types hebdomadaires. — De la préparation et de la dispensation des médicaments par les médecins homœopathes. — Essai historique et médical sur l'ellebore et l'elléborisme. — Un cas de folie. — Traitement du choléra. — Une chambre d'enfants. — De la satisfaction de nos besoins matériels. — Lettres et discours. — Études cliniques, par le docteur HARTUNG, recueil de 116 observations, fruit de vingt-cinq ans d'une grande pratique.

HARTMANN. Thérapeutique homœopathique des maladies des enfants, par le docteur F. HARTMANN, traduit de l'allemand par le docteur LÉON SIMON fils, membre de la Société médicale homœopathique de France. Paris, 1853. 1 vol. in-8 de 600 pages. 8 fr.

HATIN. Petit traité de médecine opératoire et Recueil de formules à l'usage des sages-femmes. *Deuxième édition*, augmentée. Paris, 1837, in-18, fig. 2 fr. 50

HAUFF. Mémoire sur l'usage des pompes dans la pratique médicale et chirurgicale, par le docteur HAUFF, professeur à l'Université de Gand. Paris, 1836. in-8. 1 fr.

HAUSSMANN. Des subsistances de la France, du blutage et du rendement des farines et de la composition du pain de munition; par N.-V. HAUSSMANN, intendant militaire. Paris, 1848, in-8 de 76 pages. 75 c.

HEIDENHAIN et EHRENBERG. Exposition des méthodes hydriatiques de Priestnitz dans les diverses espèces de maladies, considérées en elles-mêmes et comparées avec celles de la médecine allopathique. Paris, 1842, in-18. 1 fr. 50

HENLE (J.). Traité d'anatomie générale, ou Histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain. Paris, 1843, 2 vol. in-8 avec 5 pl. gravées. 8 fr.

HENOT. Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès, le sujet étant soumis à l'éthérisation, par HÉNOT, chirurgien principal de 1re classe. Paris, 1851, in-4, 64 pag. avec 2 pl. 75 c.

HÉRING. Médecine homœopathique domestique, par le docteur C. HÉRING. *Quatrième édition française* traduite sur la sixième édition américaine récemment publiée par l'auteur lui-même, revue, corrigée et augmentée d'un grand nombre d'additions tirées de la onzième édition allemande, et précédée d'indications générales d'hygiène et de prophylaxie des maladies héréditaires, par le docteur LÉON MARCHANT. Paris, 1860, in-12 de 700 pages. 6 fr.

HERPIN (Th.). Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie, par le docteur TH. HERPIN, docteur en médecine de la Faculté de Paris et de Genève, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien vice-président de la Faculté de médecine et du Conseil de santé de Genève, etc. *Ouvrage couronné par l'Institut de France* Paris, 1852. 1 vol. in-8 de 650 pages. 7 fr. 50

HERPIN (J. Ch.). De l'acide carbonique, de ses propriétés physiques, chimiques et physiologiques, de ses applications thérapeutiques comme anesthésique, désinfectant, cicatrisant, résolutif, etc., dans les plaies et ulcérations; dans les maladies des organes de la digestion, de la respiration, de l'innervation, de la génération, et spécialement de l'utérus, de la vessie, etc., par J. Ch. HERPIN (de Metz), docteur en médecine, lauréat de l'Institut de France, de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1864, in-8 de 564 pages. 6 fr.

HERPIN (J. Ch.). Du raisin et de ses applications thérapeutiques, Études sur la médication par les raisins connue sous le nom de cure aux raisins ou Ampélothérapie, par J. Ch. HERPIN (de Metz). Paris, 1865, in-18 jésus de 364 pages. 3 fr. 50

HEYFELDER. Traité des résections, par le docteur O. HEYFELDER, médecin major au service de Russie, traduit de l'allemand, avec additions et notes, par le docteur Eug. Bœckel, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de Strasbourg. Strasbourg, 1863, in-8, 310 pages, avec 8 planches. 7 fr.

HIFFELSHEIM. Des applications médicales de la pile de Volta, précédées d'un exposé critique des différentes méthodes d'électrisation, par le docteur HIFFELSHEIM, lauréat de l'Institut, membre de la Société de biologie. Paris, 1861, in-8 de 152 p. 3 fr.

HIPPOCRATE. Œuvres complètes, traduction nouvelle, *avec le texte grec en regard*, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques; suivie d'une table des matières, par E. LITTRÉ, membre de l'Institut de France. — **Ouvrage complet**, Paris, 1839-1861. 10 forts vol. in-8, de 700 pages chacun. 100 fr.

Séparément les derniers volumes. Prix de chaque. 10 fr.

Il a été tiré quelques exemplaires sur jésus vélin. Prix de chaque volume. 20 fr.

T. I. Préface (16 pag.). — Introduction (554 p.). — De l'ancienne médecine (83 p.).

T. II. Avertissement (56 pages). — Traité des airs, des eaux et des lieux (93 p.). — Le pronostic (100 pages). — Du régime dans les maladies aiguës (337 pages). — Des épidémies, livre I (190 pages).

T. III. Avertissement (46 pages). — Des épidémies, livre III (149 pages). — Des plaies de tête (211 pages). — De l'officine du médecin (76 pages). — Des fractures (224 pages).

T. IV. Des articulations (327 pages). — Le mochlique (66 pages). — Aphorismes (150 pages). — Le serment (20 pages). — La loi (20 pages).

T. V. Des épidémies, livres II, IV, V, VI, VII (469 pages). — Des humeurs (35 p.). — Les Prorrhétiques, livre I (71 pages). — Prénotions coaques (161 pages).

T. VI. de l'art (28 pages). — De la nature de l'homme (31 pages). — Du régime salutaire (27 pages). — Des vents (29 pages). — De l'usage des liquides (22 pages). Des maladies (68 pages). — Des affections (67 pag.). — Des lieux dans l'homme (40 pag.).

Tome VII. Des maladies, livres II, III (162 pages). — Des affections internes (140 pages). — De la nature de la femme (50 pages). — Du fœtus à 7, 8 et 9 mois. De la génération. De la nature de l'enfant (80 pages). — Des maladies, livre IV (76 pages), etc.

Tome VIII. Maladies des femmes, des jeunes filles, de la superfétation, de l'anatomie, de la dentition, des glandes, des chairs, des semaines, etc.

Tome IX. Prorrhétiques, livre II (75 pages). — Du cœur (18 pages). — De l'aliment (28 pages). — De la vision (40 pages). — De la nature des os (20 pages). — Du médecin (24 pages). — De la bienséance (24 pages). — Préceptes (28 pages) — Des crises. — Des jours critiques. — Lettres, décrets et harangues. — Appendice.

Tome X et dernier. Dernier coup d'œil et dernières remarques. — Appendices. — Table alphabétique des matières, des noms propres et des noms de lieux (400 pages).

HIPPOCRATE. Aphorismes, traduction nouvelle *avec le texte grec en regard*, collationnée sur les manuscrits et toutes les éditions, précédée d'un argument interprétatif, par E. LITTRÉ, membre de l'Institut de France. Paris, 1844, gr. in-18. 3 fr.

HIRSCHEL. Guide du médecin homœopathe au lit du malade, et Répertoire de thérapeutique homœopathique, par le docteur HIRSCHEL, traduit de l'allemand par le docteur LÉON SIMON, fils. Paris, 1858. 1 vol. in-18 jésus de 344 pages. 3 fr. 50

HOFFBAUER. Médecine légale relative aux aliénés, aux sourds-muets, ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence ; par HOFFBAUER ; traduit de l'allemand, par CHAMBEYRON, D.-M.-P., avec des notes par ESQUIROL et ITARD. Paris, 1827, in-8. 2 fr. 50

HOUDART (M. S.). **Histoire de la médecine grecque**, depuis Esculape jusqu'à Hippocrate exclusivement. Paris, 1856, in-8 de 230 pages. 3 fr.

HUBERT-VALLEROUX. Mémoire sur le catarrhe de l'oreille moyenne et sur la surdité qui en est la suite, avec l'indication d'un nouveau mode de traitement, appuyé d'observations pratiques. *Deuxième édition* augmentée. Paris, 1845, in-8. 1 fr.

HUGUIER. De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin, de leurs applications au diagnostic et au traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes et de leur emploi en obstétrique; leçons professées à l'hôpital Beaujon, par P. C. HUGUIER, chirurgien honoraire des hôpitaux et hospices civils de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1865, in-8° de 400 pages avec 4 planches lithographiées. 6 fr.

HUGUIER. Mémoires sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de *descente*, de *précipitation de cet organe*, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col suivant la variété de cette maladie, par P. C. HUGUIER, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société impériale de chirurgie, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Paris, 1860, in-4, 231 pages, avec 13 planches lithographiées. 15 fr.

HUMBERT. Traité des difformités du système osseux, ou de l'emploi des moyens mécaniques et gymnastiques dans le traitement de ces affections. Paris, 1838, 4 vol. in-8, et atlas de 174 pl. in-4. 20 fr.

HUMBERT et JACQUIER. Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale, méthode applicable aux luxations congénitales et aux luxations anciennes par causes externes. Bar-le-Duc, 1835, in-8, atlas de 20 planches in-4. 6 fr.

HUNTER (J.). Œuvres complètes, traduites de l'anglais sur l'édition de J. Palmer, par le docteur G. RICHELOT. Paris, 1843. 4 forts vol. in-8, avec atlas in-4 de 64 planches. 40 fr.

Cet ouvrage comprend : T. I. Vie de Hunter; Leçons de chirurgie. — T. II. Traité des dents avec notes par Ch. Bell et J. Oudet; Traité de la syphilis, annoté par le docteur Ph. Ricord. — T. III. Traité du sang, de l'inflammation et des plaies par les armes à feu ; phlébite, anévrysmes. — T. IV. Observations sur certaines parties de l'économie animale ; Mémoires d'anatomie, de physiologie, d'anatomie comparée et de zoologie, annotés par R. Owen.

HUNTER. Traité de la maladie vénérienne, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par G. RICHELOT, avec des notes et des additions par le docteur PH. RICORD, chirurgien de l'hospice des Vénériens. *Troisième édition*, corrigée et augmentée. Paris, 1859, in-8 de 800 pages, avec 9 planches. 9 fr.

Parmi les nombreuses additions de M. Ricord, nous citerons seulement les suivantes; elles traitent de :

L'inoculation de la syphilis. — Différence d'identité entre la blennorrhagie et le chancre. — Des affections des testicules à la suite de la blennorrhagie. — De la blennorrhagie chez la femme. — Du traitement de la gonorrhée et de l'épididymite. — Des écoulements à l'état chronique. — Des rétrécissements de l'urèthre comme effet de la gonorrhée. — De la cautérisation. — Des bougies. — Des fausses routes de l'urèthre. — Des fistules urinaires. — De l'ulcère syphilitique primitif et du chancre. — Traitement du chancre, de son mode de pansement. — Du phimosis. — Des ulcères phagédéniques. — Des végétations syphilitiques. — Du bubon et de son traitement. — Sur les affections vénériennes de la gorge. — De la syphilis constitutionnelle. — Sur les accidents tertiaires et secondaires de la syphilis. — Des éruptions syphilitiques, de leurs formes, de leurs variétés et de leur traitement. — De la prophylaxie de la syphilis.

HUSCHKE (E.). Traité de splanchnologie et des organes des sens. Paris, 1845, in-8 de 870 pages, avec 5 planches. 5 fr.

†HUSSON. Étude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de la construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène et du service des malades, par M. Armand HUSSON, directeur de l'assistance publique, membre de l'Institut (Académie des sciences morales). Paris, 1863, in-4, 609 pag., avec 24 pl., tableaux et figures. 25 fr.

Publication de l'administration de l'assistance publique.

Table des matières : I. Bâtiments. II. Aération et ventilation des salles. III. Système de latrines et de vidanges. IV. Matériel hospitalier. V. Installation des salles de malades. VI. Mode d'admission et mesures générales d'ordre et de police dans les hôpitaux. VII. Hôpitaux spéciaux et salles pour la convalescence. VIII. Personnel employé au service direct des malades. IX. Personnel médical des établissements. X. Régime alimentaire des malades. XI. Statistique médicale des hôpitaux.

Appendices (p. 277 à 576). I. Hospices et maisons de retraite. II. Maison municipale de santé. III. Hôpital Lariboisière. IV. Hôpitaux dépendant des administrations de la guerre et de la marine. V. Hôpitaux étrangers : Notions sommaires et générales (Italie, Espagne, Russie, Amérique), monographies (Blackburn, Rotterdam, Zurich, Berlin, Hambourg, Brême, Milan, Malte). VI. Hôtel-Dieu de Paris au moyen âge. VII. Origines et sources de la fortune des hôpitaux et hospices de Paris. VIII. Gestion financière. IX. Établissements et services divers, dépendant de l'administration générale de l'assistance publique.

ITARD. Traité des maladies de l'oreille et de l'audition, par J.-M. ITARD, médecin de l'institution des Sourds-Muets de Paris. *Deuxième édition*, augmentée et publiée par les soins de l'Académie de médecine. Paris, 1842. 2 vol. in-8 avec 3 planches. 14 fr.

JAHR. Principes et règles qui doivent guider dans la pratique de l'homœopathie. Exposition raisonnée des points essentiels de la doctrine médicale de HAHNEMANN. Paris, 1857, in-8 de 528 pages. 7 fr.

JAHR. Du traitement homœopathique des maladies des organes de la digestion comprenant un précis d'hygiène générale et suivi d'un répertoire diététique à l'usage de tous ceux qui veulent suivre le régime rationnel de la méthode Hahnemann. Paris, 1859, 1 vol. in-18 jésus de 520 pages. 6 fr.

JAHR. Du traitement homœopathique des maladies des femmes, par le docteur G.-H.-G. JAHR. Paris, 1856, 1 vol. in-12, VII, 496 pages. 6 fr.

JAHR. Du traitement homœopathique des affections nerveuses et des maladies mentales. Paris, 1854, 1 vol. in-12 de 600 pages. 6 fr.

JAHR. Du traitement homœopathique des maladies de la peau et des lésions extérieures en général, par G.-H.-G. JAHR. Paris, 1850. 1 vol. in-8 de 608 pages. 8 fr.

Cet ouvrage est divisé en trois parties: 1° Thérapeutique des maladies de la peau; 2° Matière médicale: 3° Répertoire symptomatique.

JAHR. Du traitement homœopathique du choléra, avec l'indication des moyens de s'en préserver, pouvant servir de conseils aux familles en l'absence du médecin, par le docteur G.-H.-G. JAHR. Paris, 1848, 1 vol. in-12. 1 fr. 50

JAHR. Nouveau Manuel de médecine homœopathique, divisé en deux parties : 1° Manuel de matière médicale, ou Résumé des principaux effets des médicaments homœopathiques, avec indication des observations cliniques; 2° Répertoire thérapeutique et symptomatologique, ou Table alphabétique des principaux symptômes des médicaments homœopathiques, avec des avis cliniques, par le docteur G.-H.-G. JAHR. *Septième édition* revue et augmentée. Paris, 1862. 4 vol. gr. in-12. 18 fr.

JAHR. Notions élémentaires d'homœopathie. Manière de la pratiquer, avec les effets les plus importants de dix des principaux remèdes homœopathiques, à l'usage de tous les hommes de bonne foi qui veulent se convaincre par des essais de la vérité de cette doctrine, par G.-H.-G. JAHR. *Quatrième édition*, corrigée et augmentée. Paris, 1861, in-18 de 144 pages. 1 fr. 25

JAHR et CATELLAN. Nouvelle pharmacopée homœopathique, ou Histoire naturelle, Préparation et Posologie ou administration des doses des médicaments homœopathiques, par le docteur G.-H.-G. JAHR et MM. CATELLAN frères, pharmaciens homœopathes. *Troisième édition*, revue et augmentée. Paris, 1862, in-12 de 430 p. avec 144 fig. 7 fr.

JOBERT. De la réunion en chirurgie, par A. J. JOBERT (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. Paris, 1864, 1 vol. in-8 avec 7 planches col. 12 fr.

Les planches, qui ont été dessinées d'après nature, représentent l'autoplastie du cou et de la face, les résultats obtenus par la section du tendon d'Achille chez l'homme, les chevaux et les chiens. La castration et la périnéoplastie y figurent, et, enfin, les corps étrangers articulaires se trouvent représentés dans les dernières planches, ainsi que le mode opératoire destiné à déloger le corps étranger et à le placer dans un nouveau domicile jusqu'à l'époque de son extraction définitive.

JOBERT. Traité de chirurgie plastique, par le docteur JOBERT (de Lamballe), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Institut de France, de l'Académie de médecine, Paris, 1849. 2 vol. in-8 et atlas de 18 planches in-fol. grav. et color. d'après nature. 50 fr.

JOBERT. Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales; par le docteur JOBERT (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1852, in-8 avec 10 figures intercalées dans le texte. 7 fr. 50
Ouvrage *faisant suite* et servant de *Complément* au TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE.

JOURDAN. Pharmacopée universelle, ou Conspectus des pharmacopées d'Amsterdam, Anvers, Dublin, Edimbourg, Ferrare, Genève, Grèce, Hambourg, Londres, Oldenbourg, Parme, Sleswig, Strasbourg, Turin, Würtzbourg; américaine, autrichienne, batave, belge, danoise, espagnole, finlandaise, française, hanovrienne, hessoise, polonaise, portugaise, prussienne, russe, sarde, saxonne, suédoise et wurtembergeoise; des dispensaires de Brunswick, de Fulde, de la Lippe et du Palatinat; des pharmacopées militaires de Danemark, de France, de Prusse et de Würtzbourg; des formulaires et pharmacopées d'Ammon, Augustin, Béral, Bories, Brera, Brugnatelli, Cadet de Gassicourt, Cottereau, Cox, Ellis, Foy, Giordano, Guibourt, Hufeland, Magendie, Phœbus, Piderit, Pierquin, Radius, Ratier, Saunders, Schubarth, Sainte-Marie, Soubeiran, Spielmann, Swediaur, Taddei et Van Mons; ouvrage contenant les caractères essentiels et la synonymie de toutes les substances citées dans ces recueils, avec l'indication, à chaque préparation, de ceux qui l'ont adoptée, des procédés divers recommandés pour l'exécution, des variantes qu'elle présente dans les différents

formulaires, des noms officinaux sous lesquels on la désigne dans divers pays, et des doses auxquelles on l'administre; par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition entièrement refondue* et considérablement augmentée, *précédée de Tableaux présentant la concordance des divers poids médicinaux de l'Europe entre eux et avec le système décimal.* Paris, 1840. 2 forts volumes in-8 de chacun près de 800 pages, à deux colonnes. 15 fr.

JOURDANET. Le Mexique et l'Amérique tropicale, climats, hygiène et maladies, par D. JOURDANET, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Mexico. Paris, 1864, 1 vol. in-18 jésus, 460 pages, avec une carte du Mexiqne. 4 fr.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE, par MM. P. L. COFFE, E. BEAUGRAND et L. BOUTEREAU. Paraît les 10, 20 et 30 de chaque mois. Abonnement annuel pour Paris et les départements 10 fr.

Pour l'étranger, le port postal en plus.

— La trente-troisième année est en cours de publication.

KOEBERLE. De l'ovariotomie, par E. KOEBERLÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Paris, 1864. Deux parties, in-8 avec 6 pl. lithographiées. 7 fr. 50

LACASSIN. Guide-pratique du vétérinaire ou mémento thérapeutique, par M. J. A. LACASSIN, médecin vétérinaire. Paris, 1865, in-18 de 472 pages. 4 fr.

LACAUCHIE. Études hydrotomiques et micrographiques. Paris, 1844, in-8 avec 4 planches. 1 fr.

LACAUCHIE. Traité d'hydrotomie, ou des Injections d'eau continues dans les recherches anatomiques, par le docteur LACAUCHIE, ancien professeur d'anatomie à l'hôpital du Val-de-Grâce. Paris, 1853, in-8, avec 6 planches. 1 fr. 50

LALLEMAND. Des pertes séminales involontaires, par F. LALLEMAND, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, membre de l'Institut. Paris, 1836-1842. 3 vol. in-8, publiés en 5 parties. 25 fr.

On peut se procurer séparément le Tome II, en deux parties. 9 fr.

—Le Tome III, 1842, in-8. 7 fr.

LANCEREAUX. Traité historique et pratique de la syphilis, par le docteur E. LANCEREAUX, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1866, 1 vol. in-8 de 800 pages avec 3 planches gravées et coloriées. 15 fr.

LANGLEBERT. Guide pratique, scientifique et administratif de l'étudiant en médecine, ou Conseils aux élèves sur la direction qu'ils doivent donner à leurs études ; suivi des règlements universitaires, relatifs à l'enseignement de la médecine dans les facultés, les écoles préparatoires, et des conditions d'admission dans le service de santé de l'armée et de la marine ; 2e *édition, corrigée et entièrement refondue*; par le docteur ED. LANGLEBERT. Paris, 1852. Un beau vol. in-18 de 340 pag. 2 fr. 50

LA POMMERAIS. Cours d'homœopathie, par le docteur Edm. COUTY de la POMMERAIS. Paris, 1863, in-8, 555 pages. (7 fr.) 4 fr.

LEBERT. Physiologie pathologique, ou Recherches cliniques, expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs, la formation du cal, etc., par le docteur H. LEBERT, professeur à l'Université de Breslau. Paris, 1845. 2 vol. in-8, avec atlas de 22 planches gravées. 23 fr.

LEBERT. Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, par le docteur H. LEBERT. Paris, 1849, 1 vol. in-8 de 820 pages. 9 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.

LEBERT. Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, par le docteur H. LEBERT. Paris, 1851. 1 vol. in-8 de 892 pages. 9 fr.

LEBERT. Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, ou Description et iconographie pathologique des affections morbides, tant liquides que solides, observées dans le corps humain, par le docteur H. LEBERT, professeur de clinique médicale à l'Université de Breslau, membre des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie et médicale d'observation de Paris. *Ouvrage complet.* Paris, 1855-1861, 2 vol. in-fol. de texte, et 2 vol. in-fol. comprenant 200 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées. 615 fr.

Le tome Ier (livraisons I à XX) comprend, texte, 760 pages, et planches 1 à 94.

Le tome II (livraisons XXI à XLI) comprend, texte 734 pages, et planches 95 à 200.

On peut toujours souscrire en retirant régulièrement plusieurs livraisons.

Chaque livraison est composée de 30 à 40 pages de texte, sur beau papier vélin, et de 5 planches in-folio gravées et coloriées. Prix de la livraison : 15 fr.

Cet ouvrage est le fruit de plus de douze années d'observations dans les nombreux hôpitaux de Paris. Aidé du bienveillant concours des médecins et des chirurgiens de ces établissements, trouvant aussi des matériaux précieux et une source féconde dans les communications et les discussions des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie et médicale d'observation, M. Lebert réunissait tous les éléments pour entreprendre un travail aussi considérable. Placé maintenant à la tête du service médical d'un grand hôpital à Breslau, dans les salles duquel il a constamment cent malades, l'auteur continue à recueillir des faits pour cet ouvrage, vérifie et contrôle les résultats de son observation dans les hôpitaux de Paris par celle des faits nouveaux à mesure qu'ils se produisent sous ses yeux.

Cet ouvrage se compose de deux parties.

Après avoir dans une INTRODUCTION rapide présenté l'histoire de l'anatomie pathologique depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours, M. Lebert embrasse dans la *première partie* l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE. Il passe successivement en revue l'Hypérémie et l'Inflammation, l'Ulcération et la Gangrène, l'Hémorrhagie, l'Atrophie, l'Hypertrophie en général et l'Hypertrophie glandulaire en particulier, les TUMEURS (qu'il divise en productions Hypertrophiques, Homœomorphes hétérotopiques, Hétéromorphes et Parasitiques), enfin les modifications congénitales de conformation. Cette première partie comprend les pages 1 à 426 du tome Ier, et les planches 1 à 61.

La *deuxième partie*, sous le nom d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE SPÉCIALE, traite des lésions considérées dans chaque organe en particulier. M. Lebert étudie successivement dans le livre I (pages 427 à 581, et planches 62 à 78) les maladies du Cœur, des Vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Dans le livre II, les maladies du Larynx et de la Trachée, des Bronches, de la Plèvre, de la Glande thyroïde et du Thymus (pages 582 à 733 et planches 79 à 94). Telles sont les matières décrites dans le Ier volume du texte et figurées dans le tome Ier de l'atlas.

Avec le tome II commence le livre III, qui comprend (pages 1 à 132 et planches 95 à 104) les maladies du Système nerveux, de l'Encéphale et de ses membranes, de la Moelle épinière et de ses enveloppes, des Nerfs, etc.

Le livre IV (pages 133 à 327 et planches 105 à 135) est consacré aux maladies du tube digestif et de ses annexes (maladies du Foie et de la Rate, du Pancréas, du Péritoine, altérations qui frappent le Tissu cellulaire rétro-péritonéal, Hémorrhoïdes).

Le livre V (pages 328 à 381 et planches 136 à 142) traite des maladies des Voies urinaires (maladies des Reins, des Capsules surrénales, altérations de la Vessie, altérations de l'Urèthre).

Le livre VI (page 382 à 481 et planches 143 à 164), sous le titre de Maladies des organes génitaux, comprend deux sections : 1° Altérations anatomiques des Organes génitaux de l'homme (altérations du Pénis et du Scrotum, maladies de la Prostate, maladies des Glandes de Méry et des Vésicules séminales, altérations du Testicule et de ses enveloppes); 2° Maladies des Organes génitaux de la femme (maladies de la Vulve et du Vagin, etc.).

Le livre VII (pages 483 à 604 et planches 165 à 182) traite des maladies des Os et des Articulations.

Le livre VIII (pages 605 à 658, et planches 183 à 196). Anatomie pathologique de la peau.

Livre IX (pages 662 à 696 et planches 197 à 200). Changements moléculaires que les maladies produisent dans les tissus et les organes du corps humain. — TABLE GÉNÉRALE ALPHABÉTIQUE, 58 pages.

Après l'examen des planches de M. Lebert, un des professeurs les plus compétents et les plus illustres de la Faculté de Paris écrivait : « J'ai admiré l'exactitude, la beauté, la nouveauté des planches qui composent la majeure partie de cet ouvrage; j'ai été frappé de l'immensité des recherches originales et toutes propres à l'auteur qu'il a dû exiger. *Cet ouvrage n'a pas d'analogue en France ni dans aucun pays.* »

LEBLANC et TROUSSEAU. Anatomie chirurgicale des principaux animaux domestiques, ou Recueil de 30 planches représentant : 1° l'anatomie des régions du cheval, du bœuf, du mouton, etc., sur lesquelles on pratique les opérations les plus graves: 2° les divers états des dents du cheval, du bœuf, du mouton, du chien, indiquant l'âge de ces animaux; 3° les instruments de chirurgie vétérinaire; 4° un texte explicatif; par U. LEBLANC, médecin vétérinaire, ancien répétiteur à l'École vétérinaire d'Alfort, et A. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de Paris. Paris, 1828, grand in-fol. composé de 30 planches gravées et coloriées avec soin. 42 fr.

Cet atlas est dessiné par Chazal, sur des pièces anatomiques originales, et gravé par Ambr. Tardieu.

LECONTE. Études chimiques et physiques sur les eaux thermales de Luxeuil. Description de l'établissement et des sources, par M. le docteur LECONTE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1860, in-8, 184 pages. 3 fr. 50

LEFEVRE. Recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales et sur les moyens d'en prévenir le développement, par M. A. LEFÈVRE, directeur du service de santé de la marine au port de Brest. Paris, 1859, in-8 de 312 pages. 4 fr. 50

LE GENDRE. De la chute de l'utérus. Paris, 1860, in-8, avec 8 planches dessinées d'après nature. 3 fr. 50

LE GENDRE. Anatomie chirurgicale homalographique, ou Description et figures des principales régions du corps humain représentées de grandeur naturelle et d'après des sections plans faites sur des cadavres congelés, par le docteur E.-Q. LE GENDRE, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, lauréat de l'Institut de France. Paris, 1858, 1 vol. in-fol. de 25 planches dessinées et lithographiées par l'auteur, avec un texte descriptif et raisonné. 20 fr.

LEGOUEST. Traité de chirurgie d'armée, par L. LEGOUEST, médecin principal de l'armée, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole impériale d'application de la médecine et de la pharmacie militaires (Val-de-Grâce). Paris, 1863. 1 fort vol. in-8 de 1000 pages, avec 128 figures. 12 fr.

Ce livre est le résultat d'une expérience acquise par une pratique de vingt ans dans l'armée et par dix années de campagnes en Afrique, en Orient et en Italie. Il se termine par de nombreux documents inédits sur le mode de fonctionnement du service de santé en campagne, sur le service dont il dispose en personnel, en moyens chirurgicaux, en matériel, en moyens de transport pour les blessés.

LÉLUT. L'Amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des hallucinations, par le docteur F. LÉLUT, membre de l'Institut. Paris, 1816, in-8. 6 fr.

LÉLUT. Du démon de Socrate, spécimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire, par le docteur L.-F. LÉLUT, membre de l'Institut, et de l'Académie de médecine. *Nouvelle édition* revue, corrigée et augmentée d'une préface. Paris, 1856, in-18 de 348 pages. 3 fr. 50

LÉLUT. Qu'est-ce que la phrénologie? ou Essai sur la signification et la valeur des Systèmes de psychologie en général, et de celui de GALL en particulier, par F. LÉLUT, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1836, in-8. 1 fr.

LÉLUT. De l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux, ou Examen de cette question : Les animaux carnassiers ou féroces ont-ils, à l'endroit des tempes, le cerveau et par suite le crâne plus large proportionnellement à sa longueur que ne l'ont les animaux d'une nature opposée? par F. LÉLUT. Paris, 1838, in-8, avec une planche. 50 c.

LEMOINE. Du sommeil, au point de vue physiologique et psychologique, par ALBERT LEMOINE, maître de conférences à l'École normale. Paris, 1855, in-12 de 410 p. 3 fr. 50

Ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques).

LEROY. Médecine maternelle, ou l'Art d'élever et de conserver les enfants, par Alphonse LEROY, professeur de la Faculté de médecine de Paris. *Seconde édition.* Paris, 1830, in-8. 6 fr.

LEROY (D'ETIOLLES). Exposé des divers procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre sans avoir recours à l'opération de la taille; par J. LEROY (d'Etiolles), docteur en chirurgie de la Faculté de Paris. Paris, 1825, in-8 avec 5 planches. 4 fr.

LEROY (D'ETIOLLES). Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies. Recherches sur leur nature, leur forme et leur traitement, par le docteur R. LEROY (d'Etiolles) fils, lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine. Première partie. Paris, 1856, in-8, 325 pages. — Deuxième partie, fascicule I. Paris, 1857, in-8, 128 pages. 5 fr. 75

Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.

LEROY (D'ETIOLLES). **Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires,** par le docteur R. LEROY (d'Etiolles) fils. 1 vol. in-8 d'environ 500 pag., avec 120 gravures dans le texte. En vente, 1re et 2e parties. Paris, 1864. in-8, 144 pag. 5 fr.

LEROY DE MERICOURT. **Mémoire sur la chromhidrose** ou chromocrinie cutanée, par le docteur LEROY DE MÉRICOURT, professeur aux Ecoles de médecine navale, rédacteur en chef des *Archives de médecine navale*, suivi de l'étude microscopique et chimique de la substance colorante de la chromhidrose, par Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine, et d'une note sur le même sujet, par le docteur Ordonez. Paris, 1864, in-8, 179 pages. 3 fr.

LEURET. **Du traitement moral de la folie,** par F. LEURET, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre. Paris, 1840, in-8. 6 fr.

LEURET et GRATIOLET. **Anatomie comparée du système nerveux** considéré dans ses rapports avec l'intelligence, par FR. LEURET, médecin de l'hospice de Bicêtre, et P. GRATIOLET, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, professeur à la Faculté des sciences de Paris. Paris, 1839-1857. OUVRAGE COMPLET. 2 vol. in-8 et atlas de 32 planches in-fol., dessinées d'après nature et gravées avec le plus grand soin. Figures noires. 48 fr.
Le même, figures coloriées. 96 fr.

Tome I, par LEURET, comprend la description de l'encéphale et de la moelle rachidienne, le volume, le poids, la structure de ces organes chez les animaux vertébrés, l'histoire du système ganglionnaire des animaux articulés et des mollusques, et l'exposé de la relation qui existe entre la perfection progressive de ces centres nerveux et l'état des facultés instinctives, intellectuelles et morales.

Tome II, par GRATIOLET, comprend l'anatomie du cerveau de l'homme et des singes, des recherches nouvelles sur le développement du crâne et du cerveau, et une analyse comparée des fonctions de l'intelligence humaine.

Séparément le tome II. Paris, 1857, in-8 de 692 pages, avec atlas de 16 planches dessinées d'après nature, gravées. Figures noires. 24 fr.
Figures coloriées. 48 fr.

LEVY. **Traité d'hygiène publique et privée**, par le docteur Michel LÉVY, directeur de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, membre de l'Académie impériale de médecine. *Quatrième édition*, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1862. 2 vol. in-8. Ensemble, 1900 pages. 18 fr.

LEVY. **Rapport sur le traitement de la gale,** adressé au ministre de la guerre par le Conseil de santé des armées, M. LÉVY, *rapporteur*. Paris, 1852, in-8. 1 fr. 25

LIND. **Essais sur les maladies des Européens dans les pays chauds,** et les moyens d'en prévenir les suites. Traduit de l'anglais par THION DE LA CHAUME. Paris, 1785. 2 vol. in-12. 6 fr.

LITTRÉ et ROBIN. Voyez **Dictionnaire de médecine,** *douzième édition*, page 16.

LORAIN. **De l'albuminurie,** par Paul LORAIN, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Paris, 1860, in-8. 2 fr. 50

LORAIN. Voyez VALLEIX, *Guide du médecin praticien*, page 46.

LOUIS. **Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie de 1750 à 1792,** par A. LOUIS, recueillis et publiés pour la première fois, au nom de l'Académie impériale de médecine, et d'après les manuscrits originaux, avec une introduction, des notes et des éclaircissements, par FRÉD. DUBOIS (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1859, 1 vol. in-8 de 548 pages. 7 fr. 50

Cet ouvrage contient : Introduction historique par *M. Dubois*, 76 pages; Eloges de J.-L. Petit, Bassuel, Malaval, Verdier, Rœderer, Molinelli, Bertrandi, Faubert, Lecat, Ledran, Pibrac, Benomont, Morand, Van Swieten, Quesnay, Haller, Flurent, Willius, Lamartinière, Houstet, de la Faye, Bordenave, David, Faure, Caqué, Fagner, Camper, Hevin, Pipelet, et l'éloge de Louis, par Sue. Embrassant tout un demi-siècle et renfermant outre les détails historiques et biographiques, des appréciations et des jugements sur les faits, cette collection forme une véritable histoire de la chirurgie française au XVIIIe siècle.

LOUIS. **Examen de l'examen de M. Broussais,** relativement à la phthisie et aux affections typhoïdes ; par P.-Ch. LOUIS. Paris, 1834, in-8. 1 fr.

LOUIS. **Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques** sur les maladies connues sous les noms de Fièvre Typhoïde, Putride, Adynamique, Ataxique, Bilieuse, Muqueuse, Entérite folliculeuse, Gastro-Entérite, Dothiénentérite, etc., considérée dans ses rapports avec les autres affections aiguës; par P.-Ch. Louis, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition augmentée.* Paris, 1841. 2 vol. in-8. 13 fr.

LOUIS. **Recherches sur les effets de la saignée** dans quelques maladies inflammatoires, et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la pneumonie ; par P.-Ch. Louis. Paris, 1835, in-8. 1 fr.

LOUIS. **Recherches anatomiques, physiologiques et thérapeutiques sur la phthisie,** par P.-Ch. Louis. 2e *édit. considérablement augmentée.* Paris, 1843, in-8. 8 fr.

LUCAS. **Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle** dans les états de santé et de maladie du système nerveux, avec l'application méthodique des lois de la procréation au traitement général des affections dont elle est le principe. — Ouvrage où la question est considérée dans ses rapports avec les lois primordiales, les théories de la génération, les causes déterminantes de la sexualité, les modifications acquises de la nature originelle des êtres et les diverses formes de névropathie et d'aliénation mentale; par le docteur Pr. Lucas, médecin de l'hospice de Bicêtre. Paris, 1847-1850. 2 forts volumes in-8. 16 fr.

Le tome II et dernier, Paris, 1850, in-8 de 936 pages. 8 fr. 50

LUYS. **Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal,** sa structure, ses fonctions et ses maladies, par le docteur J. B. Luys, médecin des hôpitaux de Paris. Paris, 1865. 1 vol. gr. in-8, d'environ 700 pages, avec atlas gr. in-8 de 40 planches lithographiées et texte explicatif. Figures noires. 35 fr.

— Figures coloriées. 70 fr.

Comprenant qu'une bonne anatomie est et sera toujours le point de départ indispensable de tout diagnostic précis, et de toute description exacte du système nerveux, l'auteur a entrepris, à l'aide d'une anatomie plus minutieuse qu'elle ne l'était jusqu'alors et aussi rigoureuse que possible, de pénétrer plus avant dans le domaine encore si peu connu de la pathologie nerveuse. Honoré des encouragements de l'Académie des sciences, l'auteur a consacré six années d'études à compléter et à perfectionner ses observations et ses recherches.

MAGENDIE. **Phénomènes physiques de la vie,** Leçons professées au Collége de France, par M. Magendie, membre de l'Institut. Paris, 1842. 4 vol. in-8. 5 fr.

MAGNE. **Hygiène de la vue,** par le docteur A. Magne. *Quatrième édition* revue et augmentée. Paris, 1866, in-18 jésus de 350 pages avec 30 figures. 3 fr.

MAILLOT. **Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes,** d'après des observations recueillies en France, en Corse et en Afrique; par F.-C. Maillot, membre du Conseil de santé des armées, ancien médecin en chef de l'hôpital de Bône. Paris, 1836, in-8. 6 fr. 50

† **MALGAIGNE.** **Traité des fractures et des luxations,** par J.-F. Malgaigne, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1847-1855. 2 beaux vol. in-8, et atlas de 30 planches in-folio. 40 fr.

Au milieu de tant de travaux éminents sur plusieurs points de la chirurgie, il y avait lieu de s'étonner que les fractures et les luxations n'eussent pas fixé l'attention des chirurgiens; il y avait pourtant urgence de sortir du cadre étroit des traités généraux : tel est le but du nouvel ouvrage de M. Malgaigne, et son livre présente ce caractère, qu'au point de vue historique il a cherché à présenter l'ensemble de toutes les doctrines, de toutes les idées, depuis l'origine de l'art jusqu'à nos jours, en recourant autant qu'il l'a pu aux sources originales. Au point de vue dogmatique, il n'a rien affirmé qui ne fût appuyé par des faits, soit de sa propre expérience, soit de l'expérience des autres. Là où l'observation clinique faisait défaut, il a cherché à y suppléer par des expériences, soit sur le cadavre de l'homme, soit sur les animaux vivants; mais par-dessus tout il a tenu à jeter sur une foule de questions controversées le jour décisif de l'anatomie pathologique, et c'est là l'objet de son bel atlas.

MALGAIGNE. **Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale,** par J.-F. Malgaigne, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. *Deuxième édition revue et considérablement augmentée.* Paris, 1859, 2 forts vol. in-8. 18 fr.

MALLE. **Clinique chirurgicale** de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, par le docteur P. Malle, professeur de cet hôpital. Paris, 1838. 1 vol. in-8 de 700 pages. 3 fr.

MANDL. Anatomie microscopique, par le docteur L. MANDL, professeur de microscopie. Paris, 1838-1857, *ouvrage complet*. 2 vol. in-folio, avec 92 planches. 276 fr.

Le tome Ier, comprenant l'HISTOLOGIE, et divisé en deux séries : *Tissus et organes*, — *Liquides organiques*, est complet en XXVI livraisons, accompagnées de 52 planches lithographiées. Prix de chaque livraison, composée de 5 feuilles de texte et 2 planches lithographiées. 6 fr.

Le tome IIe, comprenant l'HISTOGÉNÈSE ou Recherches sur le Développement, l'accroissement et la reproduction des éléments microscopiques, des tissus et des liquides organiques dans l'œuf, l'embryon et les animaux adultes, est complet en XX livraisons, accompagnées de 40 planches lithographiées. Prix de chaque livraison. 6 fr.

MANEC. Anatomie analytique, Tableau représentant l'axe cérébro-spinal chez l'homme, avec l'origine et les premières divisions des nerfs qui en partent, par M. MANEC, chirurgien des hôpitaux de Paris. Une feuille très-grand in-folio. 2 fr.

MARC. De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, par C.-C.-H. MARC, médecin près les tribunaux. Paris, 1840. 2 vol. in-8. 5 fr.

MARCÉ. Traité pratique des maladies mentales, par le docteur L.-V. MARCÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des aliénés de Bicêtre. Paris, 1862, in-8 de 670 pages. 8 fr.

MARCÉ. Des altérations de la sensibilité, par le docteur L.-V. MARCÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1860, in-8. 2 fr. 50

MARCÉ. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet, par le docteur L.-V. MARCÉ. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 400 pages. 6 fr.

MARCÉ. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale. Paris, 1861, gr. in-8°, 72 p. 1 fr. 50

MARCÉ. De l'état mental dans la chorée. Paris, 1860, in-4, 38 p. 1 fr. 50

MARCHANT (LÉON). Etude sur les maladies épidémiques, avec une réponse aux quelques réflexions sur le mémoire de l'angine épidémique. *Seconde édition*, corrigée et augmentée. Paris, 1861, in-12, 92 pages. 1 fr.

MARTIN. Traité médical pratique des yeux, contenant l'exposition des affections des organes de la vue et les formules médicinales applicables à leur traitement, par le docteur Emile MARTIN, médecin oculiste des bureaux de bienfaisance de Marseille. Paris, 1863, 1 vol. in-18 jésus, 312 pages avec 2 planches et 17 figures. 5 fr.

MARTIN (Émile). Atlas d'ophthalmoscopie accompagné de considérations générales sur les altérations profondes de l'œil, visibles à l'ophthalmoscope, de tableaux synoptiques résumés, d'une échelle typographique et d'une table logarithmique pour la mesure des angles visuels. Paris, 1866, in-4 avec 40 figures dessinées et coloriées d'après nature. 12 fr.

MARTINEAU. De la maladie d'Addison, par Louis MARTINEAU, docteur en médecine. Paris, 1864, in-8, 134 pages, avec 3 planches coloriées. 5 fr.

MASSE. Petit atlas complet d'anatomie descriptive du corps humain, par J. N. MASSE, docteur en médecine, professeur d'anatomie. *Cinquième édition*, augmentée des tableaux synoptiques d'anatomie descriptive. Paris, 1866, in-18 jésus avec 113 pl. dessinées d'après nature et gravées sur acier, figures noires, cart. 2. fr.
—Le même, figures coloriées, cart. 36 fr.

MASSE. Traité pratique d'anatomie descriptive, mis en rapport avec l'Atlas d'anatomie, et lui servant de complément, par le docteur J.-N. MASSE, professeur d'anatomie. Paris, 1858, 1 vol. in-12 de 700 pages, cartonné à l'anglaise. 7 fr.

L'accueil fait au *Petit atlas d'anatomie descriptive*, tant en France que dans les diverses Écoles de médecine de l'Europe, a prouvé à l'auteur que son livre répondait à un besoin, et cependant ces planches ne sont accompagnées que d'un texte explicatif insuffisant pour l'étude. C'est pourquoi M. Masse, cédant aux demandes qui lui en ont été faites, publie le *Traité pratique d'anatomie descriptive*, suivant l'ordre des planches de l'atlas. C'est un complément indispensable qui servira dans l'amphithéâtre et dans le cabinet à l'interprétation des figures.

MAYER. Des rapports conjugaux, considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique, par le docteur ALEX. MAYER, médecin de l'inspection générale de salubrité et de l'hospice impérial des Quinze-Vingts. *Quatrième édition*, corrigée et augmentée. Paris, 1860, in-18 jésus de 422 pages. 3 fr.

MELIER. Relation de la fièvre jaune, survenue à Saint-Nazaire en 1861, lue à l'Académie en avril 1862, suivie d'une réponse aux discours prononcés dans le cours de la discussion et de la loi anglaise sur les quarantaines, par F. MELIER, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Paris, 1863, in-4, 276 p., avec 3 cartes. 10 fr.

MENVILLE. Histoire philosophique et médicale de la femme considérée dans toutes les époques principales de la vie, avec ses diverses fonctions, avec les changements qui surviennent dans son physique et son moral, avec l'hygiène applicable à son sexe et toutes les maladies qui peuvent l'atteindre aux différents âges. *Seconde édition*, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1858, 3 vol. in-8 de 600 pages. 10 fr.

MÉRAT. Du Tænia, ou Ver solitaire, et de sa cure radicale par l'écorce de racine de grenadier, précédé de la description du Tænia et du Bothriocéphale; avec l'indication des anciens traitements employés contre ces vers, par F.-V. MÉRAT, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1832, in-8. 1 fr.

MÉRAT et DELENS. *Voyez* **Dictionnaire de matière médicale**, p. 15.

MILCENT. De la scrofule, de ses formes, des affections diverses qui la caractérisent, de ses causes, de sa nature et de son traitement, par le docteur A. MILCENT, ancien interne des hôpitaux civils. Paris, 1846, in-8. 6 fr.

MILLON et REISET. *Voyez* **Annuaire de chimie**, p. 3.

MOITESSIER. La photographie appliquée aux recherches micrographiques, pa A. MOITESSIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18 jésus, 340 pages avec 30 figures et 3 pl. photographiées. 7 fr.

MOQUIN-TANDON. Eléments de botanique médicale, contenant la description des végétaux utiles à la médecine et des espèces nuisibles à l'homme, vénéneuses ou parasites, précédés de considérations générales sur l'organisation et la classification des végétaux, par MOQUIN-TANDON, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. *Deuxième édition*. Paris, 1866, 1 vol. in-18 jésus, avec 128 figures. 6 fr.

MOQUIN-TANDON. Eléments de zoologie médicale, comprenant la description des végétaux utiles à la médecine et des espèces nuisibles à l'homme, particulièrement des venimeuses et des parasites, précédés de considérations sur l'organisation et la classification des animaux et d'un résumé sur l'histoire naturelle de l'homme, etc. *Deuxième édition*, augmentée. Paris, 1862, 1 vol. in-18, avec 150 fig. 6 fr.

MOQUIN-TANDON. Monographie de la famille des Hirudinées, *Deuxième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1846, in-8 de 450 pages, avec atlas de 14 planches gravées et coloriées. 15 fr.

MOREJON. Étude médico-psychologique sur l'histoire de don Quichotte, traduite et annotée par J.-M. GUARDIA. Paris, 1858, in-8. 1 fr.

MOREL. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives, par le docteur B.-A. MOREL, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), lauréat de l'Institut (Académie des sciences). Paris, 1857, 1 vol. in-8 de 700 pages avec un atlas de XII planches lithographiées in-4. 12 fr.

MOREL. Traité élémentaire d'histologie humaine, précédé d'un exposé des moyens d'observer au microscope, par C. MOREL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Paris, 1864. 1 vol. in-8 de 200 pages, avec un atlas de 34 pl. dessinées d'après nature par le docteur A. VILLEMIN, professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce. 12 fr.

L'auteur a laissé de côté les discussions et les théories : il s'est attaché aux faits et s'est appliqué à décrire ce qui est visible et indiscutable : il a écrit un *Traité élémentaire d'histologie pratique*. Quant aux planches dessinées d'après nature, elles sont l'expression exacte de la vérité, et pourront par cela même être d'un grand secours pour les personnes qui commencent l'etude difficile de la pratique du microscope.

Table des matières. — Introduction. De l'emploi du microscope, des préparations micrographiques et de leur conservation. — Chapitre Ier. Cellules et épithéliums. — Chap. II. Eléments du tissu conjonctif et tissu conjonctif. — Chap. III. Cartilages. — Chap. IV. Eléments contractiles et tissu musculaire. — Chap. V. Eléments nerveux et tissu nerveux. — Chap. VI. Vaisseaux. — Chap. VII. Glandes. — Chap. VIII. Peau et annexes. — Chap. IX. Muqueuse du canal digestif. — Chap. X. Organes des sens.

MOTET. Les aliénés devant la loi, par le docteur A. MOTET. Paris, 1866, in-8, 48 p. 1 fr. 25

MOTTET. Nouvel essai d'une thérapeutique indigène, ou Etudes analytiques et comparatives de phytologie médicale indigène et de phytologie médicale exotique, etc. Paris, 1851, 1 vol. in-8, 800 pages. 1 fr. 50

MULDER. De la bière, sa composition chimique, sa fabrication, son emploi comme boisson, etc., par G.-J. MULDER, professeur à l'université d'Utrecht, traduit du hollandais avec le concours de l'auteur, par M. A. DELONDRE. Paris, 1861, in-18 jésus de VIII-444 pages. 5 fr.

MULLER. Manuel de physiologie, par J. MULLER, professeur d'anatomie et de physiologie de l'Université de Berlin, etc.; traduit de l'allemand sur la dernière édition, avec des additions, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition revue et annotée* par E. LITTRÉ, membre de l'Institut. Paris, 1851. 2 beaux vol. grand in-8, de chacun 800 p. avec 320 figures. 20 fr.

Les additions importantes faites à cette édition par M. Littré, et dans lesquelles il expose et analyse les derniers travaux publiés en physiologie, feront rechercher particulièrement cette *deuxième édition*, qui devient le *seul livre de physiologie complet* représentant bien l'état actuel de la science.

MULLER. Physiologie du système nerveux, ou recherches et expériences sur les diverses classes d'appareils nerveux, les mouvements, la voix, la parole, les sens et les facultés intellectuelles, par J. MULLER, traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. Paris, 1840, 2 vol. in-8 avec fig. intercalées dans le texte et 4 pl. 12 fr.

MUNDE. Hydrothérapeutique, ou l'Art de prévenir et de guérir les maladies du corps humain sans le secours des médicaments, par le régime, l'eau, la sueur, le bon air, l'exercice et un genre de vie rationnel; par Ch. MUNDE. Paris, 1842. 1 vol. in-18. 2 fr.

MURE. Doctrine de l'école de Rio-Janeiro et Pathogénésie brésilienne, contenant une exposition méthodique de l'homœopathie, la loi fondamentale du dynamisme vital, la théorie des doses et des maladies chroniques, les machines pharmaceutiques, l'algèbre symptomatologique, etc. Paris, 1849, in-12 de 400 pages avec fig. 7 fr. 50

NAEGELE. Des principaux vices de conformation du bassin, et spécialement du rétrécissement oblique, par F.-Ch. NAEGELE, professeur d'accouchements à l'Université de Heidelberg; traduit de l'allemand, avec des additions nombreuses par A.-C. DANYAU, chirurgien de l'hospice de la Maternité. Paris, 1840. 1 vol. grand in-8, avec 16 planches. 8 fr.

NYSTEN. Dictionnaire de médecine, *Voyez* DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, *douzième édition*, par E. LITTRÉ et Ch. ROBIN, page 16.

ORIARD (T.). L'homœopathie mise à la portée de tout le monde. *Troisième édition*, Paris, 1863, in-18 jésus, 370 pages. 4 fr.

† **ORIBASE. Œuvres**, texte grec, en grande partie inédit, collationné sur les manuscrits, traduit pour la première fois en français, avec une introduction, des notes, des tables et des planches, par les docteurs BUSSEMAKER et DAREMBERG. Paris, 1851 à 1862, tomes I à IV, in-8 de 700 pages chacun. Prix de chaque vol. 12 fr.

Les tomes V et VI sont sous presse, et comprendront la *synopsis*, en neuf livres; le *traité des médicaments*, en quatre livres; l'introduction générale et les tables.

OUDET. Recherches anatomiques, physiologiques et microscopiques sur les dents et sur leurs maladies comprenant : 1° Mémoire sur l'altération des dents désignée sous le nom de carie; 2° sur l'odontogénie; 3° sur les dents à couronnes; 4° de

l'accroissement continu des dents incisives chez les rongeurs, par le docteur J.-E. OUDET, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1862, in-8 avec une planche. 4 fr.

OULMONT. **Des oblitérations de la veine cave supérieure,** par le docteur OULMONT, médecin des hôpitaux. Paris, 1855, in-8 avec une planche lithogr. 2 fr.

PALLAS. **Réflexions sur l'intermittence** considérée chez l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Paris, 1830, in-8. 1 fr.

PARCHAPPE. **Recherches sur l'encéphale,** sa structure, ses fonctions et ses maladies, Paris, 1836-1842, 2 parties in-8. 3 fr. 50

La 1re partie comprend: *Du volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme;* la 2e partie: *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale.*

PARÉ. **Œuvres complètes d'Ambroise Paré,** revues et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes; ornées de 217 pl. et du portrait de l'auteur; accompagnées de notes historiques et critiques, et précédées d'une introduction sur l'origine et le progrès de la chirurgie en Occident du VIe au XVIe siècle et sur la vie et les ouvrages d'Ambroise Paré, par J.-F. MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1840, 3 vol. grand in-8 à deux colonnes, avec figures intercalées dans le texte. *Ouvrage complet.* 36 fr.

PARENT-DUCHATELET. **De la prostitution dans la ville de Paris,** considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; ouvrage appuyé de documents statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police, par A.-J.-B. PARENT-DUCHATELET, membre du Conseil de salubrité de la ville de Paris. *Troisième édition complétée par des documents nouveaux et des notes,* par MM. A. TREBUCHET et POIRAT-DUVAL, chefs de bureau à la préfecture de police, suivie d'un *Précis* HYGIÉNIQUE, STATISTIQUE ET ADMINISTRATIF SUR LA PROSTITUTION DANS LES PRINCIPALES VILLES DE L'EUROPE. Paris, 1857, 2 forts volumes in-8 de chacun 750 pages avec cartes et tableaux. 18 fr.

Le *Précis hygiénique, statistique et administratif sur la Prostitution dans les principales villes de l'Europe* comprend pour la FRANCE: Bordeaux, Brest, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, l'Algérie; pour l'ÉTRANGER: l'Angleterre et l'Écosse, Berlin, Berne, Bruxelles, Christiania, Copenhague, l'Espagne, Hambourg, la Hollande, Rome, Turin.

PARISEL. Voyez *Annuaire pharmaceutique*, page 5.

PARISET. **Histoire des membres de l'Académie royale de médecine,** ou Recueil des Éloges lus dans les séances publiques, par E. PARISET, secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine, etc.; *édition complète*, précédée de l'éloge de Pariset, publiée sous les auspices de l'Académie, par F. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. Paris, 1850. 2 beaux vol. in-12. 7 fr.

Cet ouvrage comprend: — Discours d'ouverture de l'Académie impériale de médecine. — Éloges de Corvisart, — Cadet de Gassicourt, — Berthollet, — Pinel, — Beauchêne, — Bourru, — Percy, — Vauquelin, — G. Cuvier, — Portal, — Chaussier, — Dupuytren, — Scarpa, — Desgenettes, — Laënnec, — Tessier, — Huzard, — Marc, — Lodibert, — Bourdois de la Motte, — Esquirol, — Larrey, — Chevreul, — Lerminier, — A. Dubois, — Alibert, — Robiquet, — Double, — Geoffroy Saint-Hilaire, — Ollivier (d'Angers), — Breschet, — Lisfranc, — A. Paré, — Broussais, — Bichat.

PARISET. **Mémoire sur les causes de la peste** et sur les moyens de la détruire, par E. PARISET. Paris, 1837, in-18. 3 fr.

PARISET. **Éloge du baron G. Dupuytren.** Paris, 1836, in-8, avec portrait. 50 c.

PARSEVAL (LUD.). Observations pratiques de SAMUEL HAHNEMANN, et Classification de ses recherches sur **les propriétés caractéristiques des médicaments.** Paris, 1857-1860, in-8 de 400 pages. 6 fr.

PATIN (GUI). **Lettres.** Nouvelle édition augmentée de lettres inédites, précédée d'une notice biographique, accompagnée de remarques scientifiques, historiques, philosophiques et littéraires, par RÉVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie impér. de médecine. Paris, 1846, 3 vol. in-8, avec le *portrait* et le fac-simile de GUI PATIN. 21 fr.

Les lettres de Gui Patin sont de ces livres qui ne vieillissent jamais, et quand on les a lues on en conçoit aussitôt la raison. Ces lettres sont, en effet, l'expression la plus pittoresque, la plus vraie, la plus énergique, non-seulement de l'époque où elles ont été écrites, mais du cœur humain, des sentiments et des passions qui l'agitent. Tout à la fois savantes, érudites, spirituelles, profondes, enjouées,

elles parlent de tout, mouvements des sciences, hommes et choses, passions sociales et individuelles, révolutions politiques, etc. C'est donc un livre qui s'adresse aux savants, aux médecins, aux érudits, aux gens de lettres, aux moralistes, etc.

PATISSIER. Traité des maladies des artisans et de celles qui résultent des diverses professions, d'après Ramazzini; ouvrage dans lequel on indique les précautions que doivent prendre, sous le rapport de la salubrité publique et particulière, les fabricants, les manufacturiers, les chefs d'ateliers, les artistes, et toutes les personnes qui exercent des professions insalubres; par Ph. PATISSIER, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1822, in-8, LX, 433 pages. 3 fr.

PATISSIER. Rapport sur le service médical des établissements thermaux en France, fait au nom d'une commission de l'Académie impériale de médecine, par Ph. PATISSIER, membre de l'Académie de médecine. Paris, 1852, in-4 de 205 pages. 4 fr. 50

PEISSE. La médecine et les médecins, philosophie, doctrines, institutions, critiques, mœurs et biographies médicales, par Louis PEISSE. Paris, 1857. 2 vol. in-18 jésus. 7 fr.

Cet ouvrage comprend : Esprit, marche et développement des sciences médicales. — Découvertes et découvreurs. — Sciences exactes et sciences non exactes. — Vulgarisation de la médecine. — La méthode numérique. — Le microscope et les microscopistes. — Méthodologie et doctrines. — Comme on pense et ce qu'on fait en médecine à Montpellier. — L'encyclopédisme et le spécialisme en médecine. — Mission sociale de la médecine et du médecin. — Philosophie des sciences naturelles. — La philosophie et les philosophes par-devant les médecins. — L'aliénation mentale et les aliénistes. — Phrénologie, bonnes et mauvaises têtes, grands hommes et grands scélérats. — De l'esprit des bêtes. — Le feuilleton. — L'Académie de médecine. — L'éloquence et l'art à l'Académie de médecine. — Charlatanisme et charlatans. — Influence du théâtre sur la santé. — Médecins poëtes. — Biographie.

PELLETAN. Mémoire statistique sur la **Pleuropneumonie aiguë,** par J. PELLETAN, médecin des hôpitaux civils de Paris. Paris, 1840, in-4. 1 fr.

PENARD. Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par LUCIEN PENARD, chirurgien principal de la marine, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Rochefort. *Deuxième édition, revue et augmentée.* Paris, 1865, XXIV-528 pag. avec 112 fig. dont 63 ont été dessinées par Chailly-Honoré et extraites de la quatrième édition de son *Traité pratique de l'art des accouchements.* 4 fr.

PERRÈVE. Traité des rétrécissements organiques de l'urèthre. Emploi méthodique des dilatateurs mécaniques dans le traitement de ces maladies, par le docteur Victor PERRÈVE. Ouvrage placé au premier rang pour le prix d'Argenteuil, sur le rapport d'une commission de l'Académie de médecine. Paris, 1847. 1 vol. in-8 de 340 pag., avec 3 pl. et 32 figures. 2 fr.

PHARMACOPÉE DE LONDRES, publiée par ordre du gouvernement, *latin-français.* Paris, 1837, in-18. 1 fr.

PHILIPEAUX. Traité pratique de la cautérisation, d'après l'enseignement clinique de M. le professeur A. Bonnet (de Lyon), par le docteur R. PHILIPEAUX, ancien interne des hôpitaux civils de Lyon. Paris, 1856, in-8 de 630 pages, avec 67 fig. 8 fr.

PHILLIPS. De la ténotomie sous-cutanée, ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du strabisme, de la myopie, du bégaiement, etc., par le docteur CH. PHILLIPS. Paris, 1841, in-8 avec 12 planches. 3 fr.

PIETRA-SANTA. Les Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). Voyage, topographie, climatologie, hygiène des valétudinaires, valeur thérapeutique des eaux, promenades, renseignements, par le docteur P. de PIETRA-SANTA, médecin consultant aux Eaux-Bonnes. Paris, 1862, in-18 jésus, 324 p. avec 2 cartes. 2 fr. 50

PIETRA-SANTA. Essai de climatologie théorique et pratique, par P. de PIETRA-SANTA, médecin par quartier de l'Empereur. Paris, 1865, in-8, 370 p. avec 47 p. 7 fr.

PIETRA-SANTA. La Trichina spiralis d'Owen. Histoire naturelle, pathologie, médecine légale, hygiène publique, police médicale. Paris, 1866, in-8, 24 pages avec figures. 1 fr. 25

PIESSE. **Des odeurs, des parfums et des cosmétiques,** histoire naturelle, composition chimique, préparation, recettes, industrie, effets physiologiques et hygiène des poudres, vinaigres, dentifrices, pommades, fards, savons, eaux aromatiques, essences, infusions, teintures, alcoolats, sachets, etc., par S. PIESSE, chimiste parfumeur à Londres, édition française publiée avec le consentement et le concours de l'auteur, par O. REVEIL, professeur agrégé à l'École de pharmacie. Paris, 1865, in-18 jésus de 527 pages, avec 86 figures. 7 fr.

POGGIALE. **Traité d'analyse chimique** par la méthode des volumes, comprenant l'analyse des Gaz, la Chlorométrie, la Sulfhydrométrie, l'Acidimétrie, l'Alcalimétrie, l'Analyse des métaux, la Saccharimétrie, etc., par le docteur POGGIALE, professeur de chimie à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce), membre de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 610 pages, avec 171 figures intercalées dans le texte. 9 fr.

Les dosages volumétriques appliqués à l'analyse chimique offrent des avantages incontestables, et quelquefois ils fournissent des résultats plus rigoureux que la balance. Ainsi, l'analyse de la plupart des gaz ou des mélanges gazeux ne peut être effectuée que par cette méthode. Le dosage du carbonate de potasse et du carbonate de soude, du chlore contenu dans les chlorures décolorants de l'argent, du sucre, de l'acide sulphydrique et des sulfures, des manganèses, du fer, du cuivre, etc., ne peut se faire exactement et rapidement que par l'emploi des liqueurs normales. Il n'est pas nécessaire, pour la plupart de ces essais, que l'opérateur soit initié aux procédés de la chimie analytique, et, dans les usines, tout le monde aujourd'hui sait les faire.

POILROUX. **Manuel de médecine légale criminelle** à l'usage des médecins et des magistrats chargés de poursuivre ou d'instruire les procédures criminelles. *Seconde édition.* Paris, 1837. In-8. 4 fr.

PORGES. **Carlsbad, ses eaux thermales.** Analyse physiologique de leurs propriétés curatives et de leur action spécifique sur le corps humain, par le docteur G. PORGES, médecin praticien à Carlsbad. Paris, 1858, in-8, XXXII, 244 pages. 4 fr.

POUCHET. **Théorie positive de l'ovulation spontanée** et de la fécondation dans l'espèce humaine et les mammifères, basée sur l'observation de toute la série animale, par le docteur F.-A. POUCHET, professeur de zoologie au Musée d'histoire naturelle de Rouen. Paris, 1847. 1 vol. in-8 de 600 pages, avec atlas in-4 de 20 planches renfermant 250 figures dessinées d'après nature, gravées et coloriées. 36 fr.

Ouvrage qui a obtenu le grand prix de physiologie à l'Institut de France.

POUCHET. **Hétérogénie ou Traité de la génération spontanée,** basé sur de nouvelles expériences, par F.-A. POUCHET. Paris, 1859, 1 vol. in-8 de 672 pages, avec 3 planches gravées. 9 fr.

POUCHET. **Recherches et expériences sur les animaux ressuscitants,** faites au Muséum d'histoire naturelle de Rouen, par F.-A. POUCHET. Paris, 1859. 1 vol. in-8 de 94 pages, avec 3 figures. 2 fr.

PROST-LACUZON. **Formulaire pathogénétique usuel,** ou Guide homœopathique pour traiter soi-même les maladies. *Troisième édition,* corrigée et augmentée. Paris, 1866, in-18 de 583 pages. 6 fr.

PROST-LACUZON et BERGER. **Dictionnaire vétérinaire homéopathique** ou guide homéopathique pour traiter soi-même les maladies des animaux domestiques, par J. PROST-LACUZON, membre correspondant de la Société homéopathique de France, et H. BERGER, élève des Écoles vétérinaires, ancien vétérinaire de l'armée. Paris, 1865, in-18 jésus de 486 pages. 4 fr. 50

PRUS. **Recherches nouvelles sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac,** par le docteur RENÉ PRUS. Paris, 1828, in-8. 2 fr.

RACLE. **Traité de diagnostic médical,** ou Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies, par le docteur V.-A. RACLE, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. *Troisième édition,* revue, augmentée et contenant un Précis des procédés physiques et chimiques applicables à l'exploration clinique. Paris, 1864. 1 vol. in-18 de 684 pages, avec 17 fig. 6 fr.

La troisième édition a reçu de nombreuses et importantes additions. Nous signalerons en première ligne des considérations d'ensemble sur le diagnostic des maladies générales et des fièvres, travail que

nous croyons éminemment utile au point de vue clinique, et qu'on chercherait vainement ailleurs.

Nous mentionnerons encore d'une manière spéciale un livre tout nouveau sur quelques procédés et recherches physiques et cliniques, faciles à appliquer en clinique.

Nous ne parlerons pas des modifications de détail qui nous permettent de présenter notre livre comme le résumé des travaux les plus récents sur le diagnostic. (Extrait de la préface de l'auteur.)

RACLE. **De l'alcoolisme**, par le docteur RACLE. Paris, 1860, in-8. 2 fr. 50

RAPOU. **De la fièvre typhoïde** et de son traitement homœopathique, par le docteur A. RAPOU, médecin à Lyon. Paris, 1851, in-8. 3 fr.

Rapport à l'Académie impériale de médecine SUR LA PESTE ET LES QUARANTAINES, fait au nom d'une commission, par le docteur R. PRUS, accompagné de pièces et documents, et suivi de la discussion dans le sein de l'Académie. Paris, 1846. 1 vol. in-8 de 1050 pages. 2 fr. 50

RATIER. **Nouvelle médecine domestique**, contenant : 1° Traité d'hygiène générale ; 2° Traité des erreurs populaires ; 3° Manuel des premiers secours dans le cas d'accidents pressants : 4° Traité de médecine pratique générale et spéciale ; 5° Formulaire pour la préparation et l'administration des médicaments ; 6° Vocabulaire des termes techniques de médecine. Paris, 1825. 2 vol. in-8. 7 fr. 50

RAU. **Nouvel organe de la médication spécifique**, ou Exposition de l'état actuel de la méthode homœopathique, par le docteur J.-L. RAU ; suivi de nouvelles expériences sur les doses dans la pratique de l'homœopathie, par le docteur G. GROSS. Traduit de l'allemand par D.-R. Paris, 1845, in-8. 5 fr.

RAYER. **Cours de médecine comparée**, introduction, par P. RAYER, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, médecin ordinaire de l'Empereur, etc. Paris, 1863. In-8. 1 fr. 50

RAYER. **Atlas du traité des maladies des reins**, comprenant l'*Anatomie pathologique* des reins, de la vessie, de la prostate, des uretères, de l'urèthre, etc., ouvrage magnifique contenant 300 figures en 60 planches grand in-folio, dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec le plus grand soin, avec un texte descriptif. Ce bel ouvrage *est complet ;* il se compose d'un volume grand in-folio de 60 planches. Prix : 192 fr.

CET OUVRAGE EST AINSI DIVISÉ :

1. — Néphrite simple, Néphrite rhumatismale, Néphrite par poison morbide. — Pl. 1, 2, 3, 4, 5.
2. — Néphrite albumineuse (maladie de Bright). — Pl. 6, 7, 8, 9, 10.
3. — Pyélite (inflammation du bassinet et des calices). — Pl. 11, 12, 13, 14, 15.
4. — Pyélo-néphrite, Périnéphrite, Fistules rénales. — Pl. 16, 17, 18, 19, 20.
5. — Hydronéphrose, Kystes urinaires — Pl. 21, 22, 23, 24, 25.
6. — Kystes séreux, Kystes acéphalocystiques, Vers. — Pl. 26, 27, 28, 29, 30.
7. — Anémie, Hypérémie, Atrophie, Hypertrophie des reins et de la vessie. — Pl. 31, 32, 33, 34, 35.
8. — Hypertrophie, Vices de conformation des reins et des uretères. — Pl. 36, 37, 38, 39, 40.
9. — Tubercules, Mélanose des reins. — Pl. 41, 42, 43, 44, 45.
10. — Cancer des reins, Maladies des veines rénales. — Pl. 46, 47, 48, 49, 50.
11. — Maladies des tissus élémentaires des reins et de leurs conduits excréteurs. — Pl. 51, 52, 53, 54, 55.
12. — Maladies des capsules surrénales. — Pl. 56, 57, 58, 59, 60.

RAYER. **De la morve et du farcin chez l'homme**, par P. RAYER, doyen de la Faculté de médecine. Paris, 1837, in-4, figures coloriées. 6 fr.

RAYER. **Traité théorique et pratique des maladies de la peau**, par P. RAYER, *deuxième édition entièrement refondue*. Paris, 1835. 3 forts vol. in-8, accompagnés d'un bel atlas de 26 planches grand in-4, gravées et coloriées avec le plus grand soin, représentant, en 400 figures, les différentes maladies de la peau et leurs variétés.

Prix du texte seul. 3 vol. in-8. 23 fr.

L'atlas seul, avec explication raisonnée, grand in-4 cartonné. 70 fr.

L'ouvrage complet. 3 vol. in-8 et atlas in-4, cartonné. 88 fr.

L'auteur a réuni, dans un *atlas pratique* entièrement neuf, la généralité des maladies de la peau ; il les a groupées dans un ordre systématique pour en faciliter le diagnostic ; et leurs diverses formes y ont été représentées avec une fidélité, une exactitude et une perfection qu'on n'avait pas encore atteintes.

RAYER. Traité des maladies des reins, et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urèthre, etc., par P. RAYER, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1839-1841. 3 forts vol. in-8. 24 fr.

RAYNAUD. De la révulsion. Thèse pour le concours de l'agrégation, par Maurice RAYNAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. Paris, 1866, in-8, 168 pages. 3 fr.

REGNAULT (ELIAS). **Du degré de compétence des médecins** dans les questions judiciaires relatives à l'aliénation mentale et des théories physiologiques sur la monomanie homicide, suivie de nouvelles réflexions sur le suicide, la liberté morale, etc. Paris, 1830, in-8. 2 fr.

REMAK. Galvanothérapie, ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires, par ROB. REMAK, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de l'université de Berlin. Traduit de l'allemand par le docteur Alphonse MORPAIN, avec les additions de l'auteur. Paris, 1860. 1 vol. in-8 de 467 pages. 7 fr.

RENOUARD. Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au XIXe siècle, par le docteur P.-V. RENOUARD, membre de plusieurs sociétés savantes. Paris, 1846, 2 vol. in-8. 12 fr.

Cet ouvrage est divisé en *huit périodes* qui comprennent : I. PÉRIODE PRIMITIVE ou d'instinct, finissant à la ruine de Troie, l'an 1184 avant J.-C. ; II. PÉRIODE SACRÉE ou mystique, finissant à la dispersion de la Société pythagoricienne, 500 ans avant J.-C. ; III. PÉRIODE PHILOSOPHIQUE, finissant à la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie, 320 ans avant J.-C. ; IV. PÉRIODE ANATOMIQUE, finissant à la mort de Galien, l'an 200 de l'ère chrétienne ; V. PÉRIODE GRECQUE, finissant à l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie, l'an 640 ; VI. PÉRIODE ARABIQUE, finissant à la renaissance des lettres en Europe, l'an 1400 ; VII. PÉRIODE ÉRUDITE, comprenant le XVe et le XVIe siècle ; VIII. PÉRIODE RÉFORMATRICE, comprenant les XVIIe et XVIIIe siècles.

RENOUARD. Lettres philosophiques et historiques sur la médecine au XIXe siècle, par le Dr P.-V. RENOUARD. *Troisième édition*, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1861, in-8 de 240 pages. 3 fr. 50

RENOUARD. De l'empirisme. Lettre à M. le docteur Sales-Girons à l'occasion des conférences de M. le prof. Trousseau, par M. le docteur V. RENOUARD. In-8 de 26 p. 1 fr.

REVEIL. Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, suivi de notions sur l'aérothérapie, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, la kinésithérapie et l'hydrologie médicale, par le docteur O. REVEIL, pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'Ecole de pharmacie. *Deuxième édition*, revue et corrigée. Paris, 1865, 1 vol. in-18 jésus, XII-696 p. avec 48 fig. 6 fr.

REVEIL. Annuaire pharmaceutique. Voyez *Annuaire*, page 5.

REVEILLÉ-PARISE. Traité de la vieillesse, hygiénique, médical et philosophique, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence ; par le docteur J.-H. REVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de médecine, etc. Paris, 1853. 1 volume in-8 de 500 pag. 7 fr.

« Peu de gens savent être vieux. » (LA ROCHEFOUCAULD.)

REVEILLÉ-PARISE. Étude de l'homme dans l'état de santé et de maladie, par le docteur J.-H. REVEILLÉ-PARISE. *Deuxième édition*. Paris, 1845. 2 vol. in-8. 15 fr.

REYBARD. Mémoires sur le traitement des anus contre nature, des plaies des intestins et des plaies pénétrantes de poitrine. Paris, 1827, in-8 avec 3 pl. 1 fr.

REYBARD. Procédé nouveau pour guérir par l'incision les **rétrécissements du canal de l'urèthre**. Paris, 1833, in-8, fig. 50 cent.

RIBES. Traité d'hygiène thérapeutique, ou Application des moyens de l'hygiène au traitement des maladies, par FR. RIBES, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1860. 1 vol. in-8 de 828 pages. 10 fr.

RICORD. Lettres sur la syphilis adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union médicale*, suivies des discours à l'Académie impériale de médecine sur la syphilisation et la transmission des accidents secondaires, par Ph. RICORD, chirurgien consultant du Dispensaire de salubrité publique, ex-chirurgien de l'hôpital du Midi, avec une Introduction par Amédée Latour. *Troisième édition, revue et corrigée.* Paris, 1863. 1 joli vol. in-18 jésus de VI-558 pages. 4 fr.

Ces *Lettres*, par le retentissement qu'elles ont obtenu, par les discussions qu'elles ont soulevées, marquent une époque dans l'histoire des doctrines syphilographiques.

RICORD. Traité complet des maladies vénériennes. Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens : recueil d'observations, suivies de considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital, par le docteur Philippe RICORD, ex-chirurgien de l'hôpital du Midi (hôpital des Vénériens de Paris). Paris, 1851, in-4. comprenant 66 planches coloriées, avec un portrait de l'auteur. 133 fr,
Demi-reliure, dos de maroquin, très-soignée. 6 fr.

ROBERT. Nouveau traité sur les maladies vénériennes, d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille, suivi d'un Appendice sur la syphilisation et la prophylaxie syphilitique, et d'un formulaire spécial, par le docteur Melchior ROBERT, chirurgien des hôpitaux de Marseille, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille. Paris, 1861, in-8 de 788 pages. 9 fr.

ROBIN et LITTRÉ. DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, *Douzième édition*, page 16.

ROBIN. Programme du cours d'Histologie, professé à l'Ecole de médecine pendant les années 1862-63, et 1863-64, par CH. ROBIN, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. Paris, 1864. 1 vol. in-8 de VII-280 pages. 5 fr.

En publiant les notes mêmes qui servent de cadre à chacune des leçons qu'il a professées à la Faculté de médecine et dans ses cours particuliers, M. Robin donne aux élèves, en même temps que le plan d'un traité complet, un résumé de son enseignement et des questions qui leur sont posées aux examens.

Pour un certain nombre de ces leçons, il ne s'est pas contenté d'une simple reproduction de ses notes : pour celles qui traitent des rapports de l'histologie avec les autres branches de l'anatomie, de la physiologie et de la médecine, qui tracent ses divisions principales, qui marquent son but et ses applications, ou qui touchent à quelque sujet difficile, il a ajouté quelques développements.

ROBIN. Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants, par le docteur CH. ROBIN. Paris, 1853. 1 vol. in-8 de 700 pages, accompagné d'un bel atlas de 15 planches, dessinées d'après nature, gravées, en partie coloriées. 16 fr.

ROBIN (Ch.). Mémoire sur les objets qui peuvent être conservés en préparations microscopiques transparentes et opaques, classées d'après les divisions naturelles des trois règnes de la nature. Paris, 1856, in-8, 64 pages avec fig. 2 fr.

ROBIN et VERDEIL. Traité de chimie anatomique et physiologique normale et pathologique, ou des Principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères, par CH. ROBIN, docteur en médecine et docteur ès sciences, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et F. VERDEIL, docteur en médecine, chef des travaux chimiques à l'Institut agricole, professeur de chimie. Paris, 1853. 3 forts volumes in-8, accompagnés d'un atlas de 45 planches dessinées d'après nature, gravées, en partie coloriées. 36 fr.

Le but de cet ouvrage est de mettre les anatomistes et les médecins à portée de connaître exactement la constitution intime ou moléculaire de la substance organisée en ses trois états fondamentaux, liquide demi-solide et solide. Son sujet est l'examen, fait au point de vue organique, de chacune des espèces de corps ou principes immédiats qui, par leur union molécule à molécule, constituent cette substance.

Le bel atlas qui accompagne le *Traité de chimie anatomique et physiologique* renferme les figures de 1200 formes cristallines environ, choisies parmi les plus ordinaires et les plus caractéristiques de toutes celles que les auteurs ont observées. Toutes ont été faites d'après nature, au fur et à mesure de leur préparation. M. Robin a choisi les exemples représentés parmi 1700 à 1800 figures que renferme son album ; car il a dû négliger celles de même espèce qui ne différaient que par un volume plus petit ou des différences de formes trop peu considérables.

ROBIN. Du microscope et des injections dans leurs applications à l'anatomie et à la pathologie, suivi d'une Classification des sciences fondamentales, de celle de la biologie et de l'anatomie en particulier. Paris, 1849. 1 vol. in-8 de 450 pages, avec 23 fig. et 4 planches gravées. 7 fr.

ROCHE, SANSON et LENOIR. Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale, ou Traité théorique et pratique de médecine et de chirurgie, par L.-CH. ROCHE, membre de l'Académie de médecine; J.-L. SANSON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; A. LENOIR, chirurgien de l'hôpital Necker, professeur agrégé de la Faculté de médecine. *Quatrième édition,* considérablement augmentée. Paris, 1844, 5 vol. in-8 de 700 pages chacun. 36 fr.

ROESCH. De l'abus des boissons spiritueuses, considéré sous le point de vue de la police médicale et de la médecine légale. Paris, 1839, in-8. 3 fr. 50

ROQUETTE. Physiologie des vénériens, exposé des phénomènes caractéristiques qui accompagnent et suivent les accidents vénériens, par Ch. ROQUETTE, élève du docteur Ricord, etc. Paris, 1865, in-18 jésus de 548 pages. 5 fr.

ROUBAUD. Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier, par le docteur FÉLIX ROUBAUD. Paris, 1855, 2 vol. in-8 de 450 pages. 10 fr.

ROUSSEL. Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres, par le docteur Théophile ROUSSEL, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris. Paris, 1866, in-8, XVI-665 pages. 10 fr.

Ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des sciences).

SABATIER (R. C.) De la médecine opératoire. Nouvelle édition, publiée sous les yeux de Dupuytren, par L. BEGIN et SANSON. *Deuxième édition.* Paris, 1832, 4 vol. in-8. 5 fr.

SAINT-VINCENT. Nouvelle médecine des familles à la ville et à la campagne, à l'usage des familles, des maisons d'éducation, des écoles communales, des curés, des sœurs hospitalières, des dames de charité et de toutes les personnes bienfaisantes qui se dévouent au soulagement des malades : remèdes sous la main, premiers soins avant l'arrivée du médecin et du chirurgien, art de soigner les malades et les convalescents, par le docteur A. C. DE SAINT-VINCENT. Paris, 1866, 1 vol. in-18 jésus de 420 pages avec 134 figures, cartonné. 3 fr. 50.

SAINTE-MARIE. Dissertation sur les médecins poëtes. Paris, 1835, in-8. 2 fr.

SALVERTE. Des sciences occultes, ou essai sur la magie, les prodiges et les miracles, par Eusèbe SALVERTE. *Troisième édition,* précédée d'une Introduction par Émile LITTRÉ, de l'Institut. Paris, 1856, 1 vol. gr. in-8 de 550 p., avec un portrait. 7 fr. 50

SANSON. Des hémorrhagies traumatiques, par L.-J. SANSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié; Paris, 1836, in-8, figures coloriées. 1 fr. 50

SANSON. De la réunion immédiate des plaies, de ses avantages et de ses inconvénients, par L.-J. SANSON. Paris, 1834, in-8. 75 cent.

SAUREL. Traité de chirurgie navale, par le docteur L. SAUREL, ex-chirurgien de deuxième classe de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, suivi d'un Résumé de leçons sur le **service chirurgical de la flotte**, par le docteur J. ROCHARD, premier chirurgien en chef de la marine, président du conseil de santé de la marine au port de Lorient. Paris, 1861, in-8 de 600 pages, avec 106 figures. 8 fr.

SAUREL (L.). Du microscope au point de vue de ses applications à la connaissance et au traitement des maladies chirurgicales. Paris, 1857, in-8, 148 pages. 2 fr. 50

SCOUTETTEN. De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales sur l'organisme, par H. SCOUTETTEN, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1864, 1 vol. in-8 de 420 pages. 6 fr.

SCOUTETTEN. Étude sur les Trichines et sur les maladies qu'elles déterminent chez l'homme. Paris, 1866, in-8, 108 pages avec 1 pl. 2 fr. 50

SÉDILLOT. Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par le docteur Ch. SÉDILLOT, médecin inspecteur des armées, directeur de l'École impériale du service de santé militaire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de l'Institut de France, etc. *Troisième édition.* Paris, 1865, 2 vol. gr. in-8 de 600 pages chacun avec figures intercalées dans le texte et en partie coloriées. 18 fr.

SÉDILLOT. De l'infection purulente, ou Pyoémie, Paris, 1849. 1 vol. in-8, avec 3 planches coloriées. 7 fr. 50

SEGOND. Histoire et systématisation générale de la biologie, principalement destinées à servir d'introduction aux études médicales, par le docteur L.-A. SEGOND, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, 1851, in-12 de 200 pages. 2 fr. 50

SEGUIN. Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non-sourds, bègues, etc., par Ed. SEGUIN, ex-instituteur des enfants idiots de l'hospice de Bicêtre, etc. Paris, 1846. 1 vol. in-12 de 750 pages. 6 fr.

SERRES. Recherches d'anatomie transcendante et pathologique; théorie des formations et des déformations organiques, appliquée à l'anatomie de la duplicité monstrueuse, par E. SERRES, membre de l'Institut de France. Paris, 1832, in-4, accompagné d'un atlas de 20 planches in-folio. 20 fr.

SESTIER, De la foudre, de ses formes et de ses effets sur l'homme, les animaux, les végétaux et les corps bruts, des moyens de s'en préserver et des paratonnerres, par le docteur F. SESTIER, professeur agrégé de la Faculté de médecine; rédigé sur les documents laissés par M. Sestier et complété par le docteur C. MÉHU, pharmacien en chef de l'hôpital Necker. Paris, 1866, 2 vol. in-8. 15 fr.

SEUX. Le choléra dans les hôpitaux civils de Marseille pendant l'épidémie de 1865. Paris, 1866, in-8, 142 pages. 3 fr.

SICHEL. Iconographie ophthalmologique, ou Description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. SICHEL, professeur d'ophthalmologie, médecin-oculiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, etc. 1852-1859. OUVRAGE COMPLET, 2 vol. grand in-4 dont 1 volume de 840 pages de texte, et 1 volume de 80 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec le plus grand soin, accompagnées d'un texte descriptif. 172 fr. 50

Demi-reliure des deux volumes, dos de maroquin, tranche supérieure dorée. 15 fr.

Cet ouvrage est complet en 23 livraisons, dont 20 composées chacune de 28 pages de texte in-4 et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau, et 3 (17 bis, 18 bis *et* 20 bis) de texte complémentaire, Prix de chaque livraison. 7 fr. 50

On peut se procurer séparément les dernières livraisons.

Le texte se compose d'une exposition théorique et pratique de la science, dans laquelle viennent se grouper les observations cliniques, mises en concordence entre elles, et dont l'ensemble formera un *Traité clinique des maladies de l'organe de la vue*, commenté et complété par une nombreuse série de figures.

Les planches sont aussi parfaites qu'il est possible; elles offrent une fidèle image de la nature; partout les formes, les dimensions, les teintes ont été consciencieusement observées; elles présentent la vérité pathologique dans ses nuances les plus fines, dans ses détails les plus minutieux; gravées par des artistes habiles, imprimées en couleur et souvent avec repère, c'est-à-dire avec une double planche, afin de mieux rendre les diverses variétés des injections vasculaires des membranes externes; toutes les planches sont retouchées au pinceau avec le plus grand soin.

L'auteur a voulu qu'avec cet ouvrage le médecin, comparant les figures et la description, puisse reconnaître et guérir la maladie représentée lorsqu'il la rencontrera dans la pratique.

SIMON (Jules). Des maladies puerpérales. Thèse présentée au concours pour l'agrégation par M. Jules SIMON, médecin des Hôpitaux. Paris, 1866, in-8, 184 p. 3 fr.

SIMON (LÉON). Leçons de médecine homœopathique, par le docteur Léon SIMON. Paris, 1835, 1 fort vol. in-8. 8 fr.

SIMON (LÉON). Des maladies vénériennes et de leur traitement homœopathique, par le docteur LÉON SIMON fils. Paris, 1860, 1 vol. in-18 jésus, XII-744 p., 6 fr.

SIMON (MAX). Hygiène du corps et de l'âme, ou Conseils sur la direction physique et morale de la vie, adressés aux ouvriers des villes et des campagnes, par le docteur Max SIMON. Paris, 1853, 1 vol. in-18 de 130 pages. 1 fr.

SOEMMERRING (S. T.). **Traité d'ostéologie et de syndesmologie**, suivi d'un Traité de mécanique des organes de la locomotion, par G. et E. WEBER. Paris, 1843, in-8, avec atlas in-4 de 17 planches. 6 fr.

SPERINO. **La syphilisation** étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes, traduit de l'italien, par A. TRESAL. Turin, 1853, in-8. 2 fr.

SWAN. **La Névrologie**, ou Description anatomique des nerfs du corps humain, traduit de l'anglais, avec des additions par E. CHASSAIGNAC, D. M. Paris, 1838, in-4, avec 25 belles planches, gravées à Londres, cart. 24 fr.

SYPHILIS VACCINALE (de la) Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. DEPAUL, RICORD, BLOT, JULES GUÉRIN, TROUSSEAU, DEVERGIE, BRIQUET, GIBERT, BOUVIER, BOUSQUET, suivies de mémoires sur la transmission de la syphilis par la vaccination et la vaccination animale, par MM. A. VIENNOIS (de Lyon), PELLIZARI (de Florence), PALASCIANO (de Naples), PHILLIPEAUX (de Lyon) et AUZIAS-TURENNE. Paris, 1865, in-8 de 392 pages. 6 fr.

TARDIEU (A.). **Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité**, ou Répertoire de toutes les Questions relatives à la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les Subsistances, les Épidémies, les Professions, les Établissements institutions d'Hygiène et de Salubrité, complété par le texte des Lois, Décrets, Arrêtés, Ordonnances et Instructions qui s'y rattachent, par le docteur Ambroise TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre du Comité consultatif d'hygiène publique. *Deuxième édition considérablement augmentée*. Paris, 1862. 4 forts vol. gr. in-8. 32 fr.

Ouvrage couronné par l'Institut de France.

TARDIEU (A). **Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs**, par le Dr A. TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine, etc. *Cinquième édition*. Paris, 1866. In-8 de 224 pages, avec 3 pl. gravées. 3 fr. 50

TARDIEU (A.). **Étude médico-légale sur l'avortement**, suivie d'observations et de recherches pour servir à l'histoire des grossesses fausses et simulées, par A. TARDIEU. Paris, 1863, in-8, VIII-208 pages. 3 fr. 50

TARDIEU (A.). **Étude médico-légale sur l'empoisonnement**. Paris, 1866. In-8 de 600 pages avec figures et planches.

TARDIEU (A.). **Relation médico-légale de l'affaire Couty de la Pommerais**, empoisonnement par la digitaline, par MM. Ambroise TARDIEU et F. ZACHARIE ROUSSIN, pharmacien major de première classe, professeur agrégé de chimie et de toxicologie à l'École impériale de médecine militaire. Paris, 1864, in-8 de 68 p. 1 fr. 50

TARDIEU (A.). **Relation médico-légale de l'affaire Armand** (de Montpellier). Simulation de tentative homicide (commotion cérébrale et strangulation), par Ambroise TARDIEU, avec les adhésions de MM. les professeurs G. TOURDES (de Strasbourg), Ch. ROUGET (de Montpellier), Émile GROMIER (de Lyon), SIRUS PIRONDI (de Marseille) et JACQUEMET (de Montpellier). Paris, 1864, in-8 de 80 pages. 2 fr.

TARDIEU (A.). **Étude hygiénique** sur la profession de **mouleur en cuivre**, pour servir à l'histoire des professions exposées aux poussières inorganiques, par le docteur Ambroise TARDIEU. Paris, 1855, in-12. 1 fr. 25

TARDIEU (A.). **De la morve et du farcin** chronique chez l'homme. Paris, 1843, in-4. 5 fr.

TARNIER. **De la fièvre puerpérale** observée à l'hospice de la Maternité, par le docteur STÉPHANE TARNIER. Paris, 1858, in-8 de 216 pages. 3 fr. 50

TAYLOR et **TARDIEU**. **Étude médico-légale sur les assurances sur la vie**, par M. TAYLOR, professeur de médecine légale à Guy's hospital, et Amb. TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1866, in-8 de 125 p. 2 fr. 50

TERME et **MONFALCON**. **Histoire statistique et morale des enfants trouvés**, par TERME, président de l'administration des hôpitaux de Lyon, etc., et J.-B. MONFALCON, membre du conseil de salubrité, etc. Paris, 1838. 1 vol. in-8. 3 fr.

TESTE. **Le magnétisme animal expliqué**, ou Leçons analytiques sur la nature essentielle du magnétisme, sur ses effets, son histoire, ses applications, les diverses manières de le pratiquer, etc., par le docteur A. TESTE. Paris, 1845, in-8. 7 fr.

TESTE. **Manuel pratique de magnétisme animal**. Exposition méthodique des procédés employés pour produire les phénomènes magnétiques et leur application à l'étude et au traitement des maladies. 4e *édit. augm.* Paris, 1853, in-12. 4 fr.

TESTE. **Traité homœopathique des maladies aiguës et chroniques des enfants**, par le docteur A. TESTE. 2e *édit.*, revue et augm. Paris, 1856, in-18 de 420 p. 4 fr. 50

TESTE. **Systématisation pratique de la matière médicale homœopathique**, par le docteur A. TESTE, membre de la Société de médecine homœopathique. Paris, 1853. 1 vol. in-8 de 600 pages. 8 fr.

TESTE. **Comment on devient homéopathe**, par le docteur ALPHONSE TESTE, ancien président de la Société médicale homéopathique de France. Paris, 1865, in-18 jésus de 322 pages. 3 fr. 50

THOMSON. **Traité médico-chirurgical de l'inflammation**; traduit de l'anglais avec des notes, par F. G. BOISSEAU et JOURDAN. Paris, 1827. 1 fort vol. in-8. 3 fr.

TIEDEMANN. **Traité complet de physiologie** de l'homme, traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN. Paris, 1831. 2 vol. in-8. 3 fr. 50

TIEDEMANN et **GMELIN**. **Recherches expérimentales**, physiologiques et chimiques sur **la digestion** considérée dans les quatre classes d'animaux vertébrés; traduites de l'allemand. Paris, 1827, 2 vol. in-8, avec grand nombre de tableaux. 3 fr.

TOMMASSINI. **Précis de la nouvelle doctrine médicale italienne**, ou introduction aux leçons de clinique de l'Université de Bologne. Paris, 1822, in-8. 2 fr. 50

TOPINARD. **De l'ataxie locomotrice** et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive, par le docteur PAUL TOPINARD, ancien interne des hôpitaux. *Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine* (prix Civrieux, 1864). Paris, 1864, in-8 de 576 pages. 8 fr.

TORTI (F.). **Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas**; nova editio, curantibus TOMBEUR et O. BRIXHE. D. M. Leodii, 1821. 2 vol. in-8, fig. 8 fr.

TREBUCHET. **Jurisprudence de la Médecine, de la Chirurgie et de la Pharmacie** en France, comprenant la médecine légale, la police médicale, la responsabilité des médecins, chirurgiens, pharmaciens, etc., l'exposé et la discussion des lois, ordonnances, règlements et instructions concernant l'art de guérir, appuyée des jugements des cours et tribunaux, par A. TRÉBUCHET, avocat, ex-chef du bureau de la police médicale à la Préfecture de police. Paris, 1834. 1 fort vol. in-8. 3 fr.

TRÉLAT. **Recherches historiques sur la folie**, par U. TRÉLAT, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. Paris, 1839, in-8. 3 fr.

Première partie. Etat physiologique du cours, muguet, entérite, ictère. — *Seconde partie.* Céphalématome.

TRIPIER. **Manuel d'électrothérapie**. Exposé pratique et critique des applications médicales et chirurgicales de l'électricité, par le docteur AUG. TRIPIER. Paris, 1861, 1 joli vol. in-18 jésus avec 100 figures intercalées dans le texte. 6 fr.

TRIQUET. **Traité pratique des maladies de l'oreille**, par le docteur E. H. TRIQUET, chirurg. et fondat. du Dispensaire pour les malad. de l'oreille, ancien interne lauréat des hôpit. de Paris, etc. Paris, 1857. 1 vol. in-8, avec 26 fig. 7 fr. 50

Cet ouvrage est la reproduction des leçons que M. Triquet professe chaque année à l'École pratique de médecine. Ces leçons reçoivent chaque jour leur sanction à la Clinique de son dispensaire, en présence des élèves et des jeunes médecins qui désirent se familiariser avec l'étude pratique des maladies de l'oreille.

TROUSSEAU. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par A. TROUSSEAU, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. *Deuxième édition*, corrigée et augmentée. Paris, 1865. 3 vol. in-8 de chacun 800 pages. 30 fr.

Cette seconde édition a reçu des augmentations considérables, les sujets principaux que j'ai ajoutés à cette édition sont : les *névralgies*, la *paralysie glosso-laryngée*, l'*aphasie*, la *rage*, la *cirrhose*, l'*ictère grave*, le *rhumatisme noueux*, le *rhumatisme cérébral*, la *chlorose*, l'*infection purulente*, la *phlébite utérine*, la *phlegmatia alba dolens*, les *phlegmons péri-hystériques*, les *phlegmons iliaques*, *phlegmons périnéphriques*, l'*hématocèle rétro-utérine*, l'*ozène*, etc., etc. (Extrait de la préface de l'auteur.)

— Séparément, tome second de la 1re édition. Paris, 1862, in-8, 772 pages. 10 fr.

TROUSSEAU et BELLOC. Traité pratique de la phthisie laryngée, de la laryngite chronique et des maladies de la voix, par A. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et H. BELLOC, D. M. P. Paris, 1837. 1 vol. in-8, accompagné de 9 planches gravées, figures noires. 7 fr.

— Le même, figures coloriées. 10 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

TURCK. Méthode pratique de laryngoscopie, par le docteur Ludwig TURCK, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne. Édition française publiée avec le concours de l'auteur. Paris, 1861, in-8 de 80 pages, avec une planche lithographiée et 29 figures intercalées dans le texte. 3 fr. 50

TURCK. Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx, étudiées à l'aide du laryngoscope, par le docteur Ludwig TURCK, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne (Autriche). Paris, 1862, in-8 de VIII-100 pages. 2 fr. 50

VALENTIN (G.). **Traité de névrologie**. Paris, 1843, in-8, avec figures. 4 fr.

VALLEIX. Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées, par le docteur F.-L.-I. VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié. *Cinquième édition*, entièrement refondue et contenant le résumé des travaux les plus récents, par P. LORAIN, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, avec le concours de médecins civils, et de médecins appartenant à l'armée et à la marine. Paris, 1866. 5 beaux volumes grand in-8, de chacun 800 pages avec figures. 45 fr.

Table des matières. — Tome I, Fièvres, maladies constitutionnelles, névroses; tome II, maladies des centres nerveux, maladies des voies respiratoires; tome III, maladies des voies circulatoires; tome IV, maladies des voies digestives et de leurs annexes, maladies des voies génito-urinaires ; tome V, maladies des femmes, maladies du tissu cellulaire, de l'appareil locomoteur et des organes des sens. Intoxication.

VALLEIX. Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, par F.-L.-I. VALLEIX. Paris, 1838. 1 vol. in-8 avec 2 planches gravées et coloriées représentant le céphalématome *sous-péricrânien* et son mode de formation. 8 fr. 50

VALLEIX. Traité des névralgies, ou affections douloureuses des nerfs, par F.-L.-I. VALLEIX. Paris, 1841, in-8. 8 fr.

Ouvrage auquel l'Académie de médecine accorda le prix Itard de 3000 francs, comme l'un des plus utiles à la pratique.

VELPEAU. Nouveaux éléments de médecine opératoire, accompagnés d'un atlas de 22 planches in-4, gravées, représentant les principaux procédés opératoires et un grand nombre d'instruments de chirurgie, par A.-A. VELPEAU, membre de l'Institut, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. *Deuxième édition entièrement refondue*, et augmentée d'un traité de petite chirurgie, avec 191 planches intercalées dans le texte. Paris, 1839. 4 forts vol. in-8 de chacun 800 pages et atlas in-4. 40 fr.

— Avec les planches de l'atlas coloriées. 60 fr.

VELPEAU. Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques **sur les cavités closes** naturelles ou accidentelles de l'économie animale. Paris, 1843, in-8 de 208 pages. 3 fr. 50

VELPEAU. **Traité complet d'anatomie chirurgicale**, générale et topographique du corps humain, ou Anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. *Troisième édition*, augmentée en particulier de tout ce qui concerne les travaux modernes sur les aponévroses, par A.-A. VELPEAU. Paris, 1837. 2 forts vol. in-8, avec atlas de 17 planches in-4 gravées. 20 fr.

VELPEAU. **Manuel pratique des maladies des yeux**, d'après les leçons cliniques de M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, recueillies et publiées sous ses yeux, par M. le docteur G. JEANSELME. Paris, 1840. 1 fort vol. gr. in-18 de 700 pages. 2 fr. 50

VELPEAU. **Expériences sur le traitement du cancer**, instituées par le sieur Vries à l'hôpital de la Charité, sous la surveillance de MM. Manec et Velpeau. Compte rendu à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1859, in-8. 1 fr.

VELPEAU. **Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse** avec oblitération de l'aorte. Paris, 1825, in-8. 2 fr. 50

VELPEAU. **De l'opération du trépan** dans les plaies de la tête. Paris, 1834, in-8. 2 fr.

VELPEAU. **Embryologie ou Ovologie humaine**, contenant l'histoire descriptive et iconographique de l'œuf humain, par A.-A. VELPEAU, Paris, 1833. 1 vol. in-fol. accompagné de 15 planches dessinées d'après nature et lithographiées avec soin. 6 fr.

VERNOIS. **Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative**, comprenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes, par le docteur Maxime VERNOIS, membre de l'Académie impériale de médecine, du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, médecin de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1860. 2 forts vol. in-8 de chacun 700 pages. 16 fr.

VERNOIS. **De la main des ouvriers et des artisans** au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, par M. Max. VERNOIS. Paris, 1862, in-8, avec 4 planches chromo-lithographiées. 3 fr. 50

VERNOIS et BECQUEREL. **Analyse du lait des principaux types de vaches, chèvres, brebis, bufflesses**, présentés au concours agricole de 1855, par Max. VERNOIS et A. BECQUEREL, médecins des hôpitaux. Paris, 1857, in-8 de 35 p. 1 fr.

VERNOIS et GRASSI. Mémoires sur les appareils de **ventilation et de chauffage** établis à l'hôpital Necker, d'après le système Van Hecke. Paris, 1859, in-8. 1 fr. 50

VIDAL. **Traité de pathologie externe et de médecine opératoire**, avec des Résumés d'anatomie des tissus et des régions, par A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. *Cinquième édition*, revue, corrigée, avec des additions et des notes, par S. FANO, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1861. 5 vol. in-8 de chacun 850 pages avec 761 figures. 40 fr.

Le Traité de pathologie externe de M. Vidal (de Cassis), dès son apparition, a pris rang parmi les livres classiques; il est devenu entre les mains des élèves un guide pour l'étude, et les maîtres le considèrent comme le *Compendium du chirurgien praticien*, parce qu'à un grand talent d'exposition dans la description des maladies, l'auteur joint une puissante force de logique dans la discussion et dans l'appréciation des méthodes et procédés opératoires. La *cinquième édition* a reçu des augmentations tellement importantes, qu'elle doit être considérée comme un ouvrage neuf; et ce qui ajoute à l'*utilité pratique* du *Traité de pathologie externe*, c'est le grand nombre de figures intercalées dans le texte. Ce livre est le seul ouvrage complet où soit représenté l'état actuel de la chirurgie.

VIDAL. **Du cancer du rectum** et des opérations qu'il peut réclamer; parallèle des méthodes de Littré et de Callisen pour l'anus artificiel. Paris, 1842, in-8. 75 c.

VIDAL (de Cassis). **Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de l'utérus**, injections intra-vaginales et intra-utérines. Paris, 1840, in-8. 75 c.

VIDAL. **De la cure radicale du varicocèle** par l'enroulement des veines du cordon spermatique. *Deuxième édition*, revue et augmentée. Paris, 1850, in-8. 75 c.

VIDAL. **Des hernies ombilicales et épigastriques.** Paris, 1848, in-8 de 133 p. 1 fr.

VIDAL. **Des inoculations syphilitiques.** Lettres médicales par le docteur VIDAL (de Cassis). Paris, 1849, in-8. 1 fr. 25.

VIMONT. **Traité de phrénologie** humaine et comparée, par le docteur J. VIMONT, membre des Sociétés phrénologiques de Paris et de Londres. Paris, 1835, 2 vol. in-4, accompagnés d'un magnifique atlas in-folio de 134 planches contenant plus de 700 figures d'une parfaite exécution. Prix réduit, au lieu de 450 fr. 150 fr.

VIRCHOW. **Pathologie cellulaire** basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus, par R. VIRCHOW, professeur d'anatomie pathologique, de pathologie générale et de thérapeutique à la Faculté de Berlin, médecin de la Charité, membre correspondant de l'Institut. Traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par le docteur P. PICARD, édition revue et corrigée par l'auteur. *Deuxième tirage.* Paris, 1866, 1 vol. in-8 de XXXII-416 pages, avec 144 figures intercalées dans le texte. 8 fr.

VIREY. **De la physiologie** dans ses rapports avec la philosophie. Paris, 1844, in-8. 3 fr.

VOGEL (J.). **Traité d'anatomie pathologique générale.** Paris, 1847, in-8. 4 fr.

VOILLEMIER. **Clinique chirurgicale,** par L. VOILLEMIER, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Paris, 1861, in-8 de XII-472 pages, avec 2 planches lithographiées. 6 fr.

VOISIN. **De l'hématocèle rétro-utérine** et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin, considérés comme accidents de la menstruation, par le docteur Auguste VOISIN, médecin de l'hospice de Bicêtre, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1860, in-8 de 368 pages, avec une planche. 4 fr. 50

VOISIN. **Analyse de l'entendement humain.** Quelles sont ses facultés? quel en est le nom? quel en est le nombre? quel en doit être l'emploi? par le docteur F. VOISIN, médecin honoraire des aliénés de l'hospice de Bicêtre. Paris, 1858, 1 volume grand in-8. 7 fr. 50

VOISIN. **Nouvelle loi morale et religieuse de l'humanité.** Analyse des sentiments moraux, par le docteur F. VOISIN. Paris, 1862, 1 vol. grand in-8. 7 fr. 50

VOISIN. **Des causes morales et physiques des maladies mentales,** et de quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis; par F. VOISIN. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

WEBER. **Codex des médicaments homœopathiques,** ou Pharmacopée pratique et raisonnée à l'usage des médecins et des pharmaciens, par George-P.-F. WEBER, pharmacien homœopathe. Paris, 1854, un beau vol. in-12 de 440 pages. 6 fr.

WEDDELL (H.-A.). **Histoire naturelle des quinquinas.** Paris, 1849. 1 vol. in-folio accompagné d'une carte et de 32 planches gravées, dont 3 sont coloriées. 60 fr.

WOILLEZ. **Dictionnaire de diagnostic médical,** comprenant le diagnostic raisonné de chaque maladie, leurs signes, les méthodes d'exploration et l'étude du diagnostic par organe et par région, par E.-J. WOILLEZ, médecin des hôpitaux de Paris. Paris, 1861, in-8 de 932 pages. 11 fr.

M. Woillez s'est attaché à fournir au jeune praticien un guide écrit à l'aide duquel, en présence d'un système prédominant ou de la constatation du siége principal des phénomènes locaux accusés par le malade, il puisse se servir de ces notions comme d'un fil conducteur pour arriver au diagnostic cherché. C'est un livre rempli de faits, destiné à rendre de grands services non-seulement à ceux qui, débutant dans la carrière, ayant su, ont oublié, et aussi aux médecins qui savent, et qui, au moment donné, pour la pratique ou l'enseignement, ont besoin de trouver résumés dans une discussion succincte les principaux caractères diagnostiques d'une maladie. (Herard, *Union médicale*, 24 oct. 1863.)

WURTZ. **Sur l'insalubrité des résidus provenant des distilleries,** et sur les moyens proposés pour y remédier. Rapport présenté aux comités d'hygiène publique et des arts et manufactures. Paris, 1859, in-8. 1 fr. 25

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

NOUVEAU DICTIONNAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PRATIQUES

ILLUSTRÉ DE FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

RÉDIGÉ PAR

BERNUTZ, médecin de l'hôpital de la Pitié.

BŒCKEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

BUIGNET, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

CUSCO, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

DEMARQUAY, chirurgien de la maison municipale de santé.

DENUCÉ, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux.

DESNOS, médecin des hôpitaux de Paris.

DESORMEAUX, chirurgien de l'hôpital Necker.

DEVILLIERS, membre de l'Académie de médecine.

FOURNIER (Alfred), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

GALLARD (T.), médecin des Hôpitaux de Paris.

GINTRAC (H.), professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Bordeaux.

GOSSELIN, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

GUÉRIN (Alphonse), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

HARDY (A.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HIRTZ, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

JACCOUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux.

JACQUEMET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

KŒBERLÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

LAUGIER (S.), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

LIEBREICH, professeur d'Ophthalmologie.

LORAIN (P.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

LUNIER, inspecteur général des Asiles d'Aliénés.

MARCÉ, médecin de l'hospice de Bicêtre.

NÉLATON (A.), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Cliniques.

ORÉ, professeur de physiologie à l'École de médecine de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital Saint-André de la même ville.

PANAS, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

PÉAN, chirurgien des hôpitaux de Paris.

RACLE (V. A.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

RAYNAUD (Maurice), médecin des hôpitaux de Paris.

RICHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

RICORD, ex-chirurgien de l'hôpital du Midi.

ROCHARD (Jules), de Lorient, premier chirurgien en chef de la marine au port de Lorient.

ROUSSIN, pharmacien major de première classe, professeur agrégé de l'École de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

SAINT-GERMAIN (L. A.), chirurgien des hôpitaux de Paris.

SARAZIN (Ch.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

SÉE (Germain), médecin de l'hôpital Beaujon.

SIMON (Jules), médecin des hôpitaux de Paris.

SIREDEY, médecin des hôpitaux de Paris.

STOLTZ, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Strasbourg.

TARDIEU (Amb.), doyen et professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière.

TARNIER (S.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

TROUSSEAU, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu.

VOISIN (Aug.), médecin de l'hospice de Bicêtre

Rien ne prouve mieux l'utilité des Dictionnaires de médecine que la faveur avec laquelle le public médical a accueilli plusieurs ouvrages de ce genre depuis le commencement du siècle.

L'époque actuelle de la littérature médicale se caractérise par une grande abondance de traités spéciaux et de monographies publiés en France et à l'étranger, disséminés et par conséquent imparfaitement connus et appréciés. On sentait depuis quelques années la nécessité de rassembler et de coordonner ces travaux épars, de présenter un état complet de la médecine et de la chirurgie contemporaines, de mettre en circulation les nombreuses et récentes acquisitions de la science, et de préparer l'avenir en résumant, en fixant le passé et en marquant le point de départ des travaux à entreprendre.

Mais une œuvre de ce genre réclamait la coopération d'une association de médecins et de chirurgiens, dont le nombre fût assez considérable pour que chacun pût n'y traiter que des objets les plus habituels de ses recherches, assez restreint cependant pour que l'unité doctrinale nécessaire au moins dans chaque branche des sciences médicales pût être constamment maintenue. Comme garantie de l'autorité des auteurs qui ont bien voulu nous promettre leur concours, nous ferons remarquer qu'ils sont tous placés à la tête de la pratique dans les grands hôpitaux de Paris, de Strasbourg, de Bordeaux, etc., ou de l'enseignement dans les Facultés et les Écoles secondaires de médecine, et qu'ils représentent à la fois la médecine civile, militaire et navale. C'est de ces efforts réunis que doit sortir le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, que nous annonçons au monde médical et dont la qualification de *Nouveau* sera justifiée par les progrès qu'il réalisera. Il sera *Nouveau* par le nom du directeur, *Nouveau* par le nom des auteurs, *Nouveau* par le fonds et par la forme, *Nouveau* par les nombreuses figures qui seront intercalées dans le texte.

Son titre suffit à indiquer à la fois son but, son esprit et sa forme.

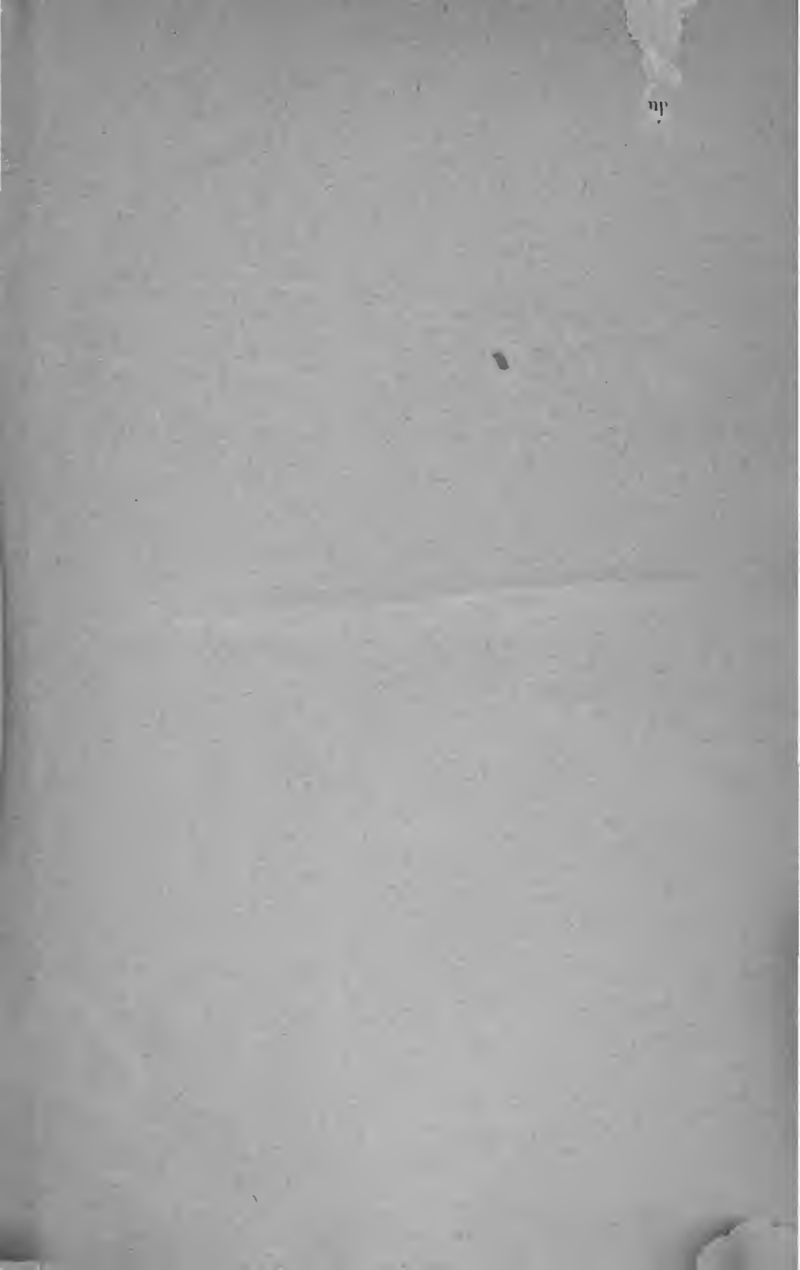
Son but. C'est de rendre service à tous les praticiens qui ne peuvent se livrer à de longues recherches faute de temps ou faute de livres, et qui ont besoin de trouver réunis et comme élaborés tous les faits qu'il leur importe de connaître bien; c'est de leur offrir une grande quantité de matières sous un petit volume, et non pas seulement des définitions et des indications précises comme en présente le *Dictionnaire de Nysten, Littré et Robin*, mais une exposition, une description détaillée et proportionnée à la nature du sujet et à son rang légitime dans l'ensemble et la subordination des matières.

Son esprit. Le *Nouveau Dictionnaire* ne sera pas une compilation des travaux anciens et modernes : ce sera une analyse des travaux des maîtres français et étrangers, empreinte d'un esprit de critique éclairé et élevé; ce sera souvent un livre neuf, par la publication de matériaux inédits qui, mis en œuvre par des hommes spéciaux, ajouteront une certaine originalité à la valeur encyclopédique de l'ouvrage; enfin ce sera surtout un livre pratique. Les auteurs auront présent à l'esprit qu'ils écrivent pour des praticiens, non pas au point de vue d'une doctrine, d'un sys-

tème, d'une école, mais en profitant de ce que l'observation de tous les temps et de tous les hommes a pu recueillir de véritablement utile et applicable : ce *Dictionnaire* ne sera pas grossi par d'interminables et stériles détails d'histoire naturelle, de botanique, de physique ou de chimie, ce sera moins un livre de théorie qu'un ouvrage de clinique : tout ce qui tient à la pratique de l'art, tout ce qui peut contribuer à rendre les opérations de la thérapeutique médicale et chirurgicale plus sûres et plus faciles, y deviendra l'objet des développements les plus étendus et y occupera la plus large place. Aucune des branches des connaissances médicales ne sera cependant négligée dans ce Dictionnaire, mais elles n'y seront utilisées que pour le diagnostic et le traitement des maladies. C'est dans cet esprit pratique qu'y seront présentées quelques notions indispensables d'anatomie, de physiologie et de pharmacologie.

Sa forme. Nous avons adopté, toutes les fois du moins que le sujet nous a paru l'exiger, le système des monographies, et nous avons exposé dans un seul chapitre, divisé en plusieurs articles, les diverses parties d'une même question, sans nous préoccuper autrement de l'ordre alphabétique. C'est ainsi que nous avons décrit au mot CŒUR, au mot ESTOMAC, au mot FOIE, toutes les maladies dont ces organes sont le siége; c'est ainsi encore que nous avons rapporté au mot SENSIBILITÉ toutes les altérations morbides de cette fonction, et que nous avons réservé pour le mot FIÈVRE, non-seulement l'étude de la fièvre en général, mais aussi celle de diverses espèces de pyrexies. Dans ces articles d'ensemble, la partie pathologique est toujours précédée, s'il y a lieu, d'une introduction portant sur l'anatomie et la physiologie de l'organe, ou de l'appareil étudié. Ce qui constituera une innovation importante, ce sera l'addition de figures dessinées et gravées sur bois et intercalées dans le texte : premier exemple de l'iconographie appliquée à un répertoire encyclopédique des connaissances médicales. L'utilité des représentations figurées dans l'étude des sciences est trop évidente pour que nous nous arrêtions à la démontrer : la description la plus complète d'un objet ne saurait valoir le commentaire lumineux de son image, et l'instantanéité des représentations figurées simplifie, facilite l'exposition, qu'il s'agisse de médecine opératoire, d'anatomie chirurgicale, d'anatomie pathologique, d'appareils, d'instruments, de physiologie, etc. L'absence de figures constituerait une lacune véritable, et leur addition sera, croyons-nous, un élément indispensable du succès. Cette partie du Dictionnaire sera exécutée avec le même caractère d'ensemble que le texte, de manière que la description et la représentation s'appuient et se complètent ; ce ne sera pas un ornement accessoire et secondaire : ce sera un élément principal.

Beaucoup de figures seront dessinées pour le Dictionnaire, sans que, grâce aux procédés rapides de la gravure sur bois, la marche régulière de la publication puisse être entravée ; beaucoup seront par conséquent inédites et nouvelles, d'autres seront empruntées aux meilleures sources.







LIBRAIRIE J. B. BAILLIÈRE ET FILS

Annales d'oculistique, F. Warlomont, rédacteur et directeur-gérant. Se publient par livraisons mensuelles, qui forment chaque année 2 vol. Prix de l'année. 14 fr.
— Collection complète, 1838-1866, 55 vol., et Tables des cinquante premiers volumes. 468 fr.

CHELIUS. **Traité pratique d'ophthalmologie**, traduit de l'allemand par Ruef et Deyber. *Stuttgard*, 1839, in-8 (9 fr.). 3 fr. 50

FURNARI (S.). **Traité pratique des maladies des yeux**, contenant : 1° l'histoire de l'ophthalmologie ; 2° l'exposition et le traitement raisonné de toutes les maladies de l'œil et de ses annexes ; 3° l'indication des moyens hygiéniques pour préserver l'œil de l'action nuisible des agents physiques et chimiques mis en usage dans les diverses professions ; 4° les nouveaux procédés et les instruments pour la guérison du strabisme ; 5° des instructions pour l'emploi des lunettes et l'application de l'œil artificiel ; suivi de Conseils hygiéniques. Paris, 1841, in-8, avec 4 planches. 6 fr.

LAWRENCE (W.). **Traité pratique des maladies des yeux**, ou Leçons données à l'infirmerie ophthalmique de Londres ; traduit de l'anglais avec des notes et suivi d'un Précis d'anatomie pathologique de l'œil, par Ch. Billard. Paris, 1830, 1 vol. in-8 (7 fr. 50). 2 fr. 50

MARTIN. **Traité médical pratique des yeux**, contenant l'exposition des affections des organes de la vue et les formules médicinales applicables à leur traitement, par le docteur Émile Martin, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Paris, 1863, 1 vol. in-18 jésus, 312 pages, avec 2 planches et 17 figures. 5 fr.

MARTIN. **Atlas d'ophthalmoscopie**, accompagné de considérations générales sur les altérations profondes de l'œil visibles à l'ophthalmoscope, de tableaux symptomatologiques résumés, d'une échelle typographique et d'une table logarithmique pour la mesure des angles visuels, par le docteur Émile Martin, médecin-oculiste des bureaux de bienfaisance de Marseille. Paris, 1866, 1 vol. in-4 de 32 pages, 14 tableaux et 8 planches coloriées. 12 fr.

ROOSBROECK (J. van). **Cours d'ophthalmologie** enseigné à l'université de Gand, ou Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Gand, 1853, 2 vol. in-8. 16 fr.

SICHEL (J.). **Iconographie ophthalmologique**, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin-oculiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, etc. 1852-1859, *ouvrage complet*, 2 vol. grand in-4, dont un volume de 840 pages de texte et un volume de 80 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées avec le plus grand soin, avec texte descriptif. 172 fr. 50

Ce bel ouvrage a été publié en 23 livraisons, dont 20 composées chacune de 28 pages de texte in-4 et 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau avec le plus grand soin, et 3 livraisons (17 bis, 18 bis et 20 bis) de texte complémentaire. Prix de chaque livraison : 7 fr. 50
— On peut se procurer séparément les dernières livraisons.

Le texte se compose d'une exposition théorique et pratique de la science, dans laquelle viennent se grouper les observations cliniques, en les mettant en concordance entre elles, et dont l'ensemble formera un *Traité clinique des maladies de l'organe de la vue*, commenté et complété par une nombreuse série de figures.

VELPEAU. **Manuel pratique des maladies des yeux**, d'après les leçons cliniques de M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, recueillies et publiées sous ses yeux, par M. le docteur G. Jeanselme. Paris, 1840, 1 fort vol. grand in-18 de 700 pages. 2 fr. 50